

DR. ALLEN FRANCES

VOLTANDO AO NORMAL

**COMO O EXCESSO DE DIAGNÓSTICOS E A MEDICALIZAÇÃO
DA VIDA ESTÃO ACABANDO COM A NOSSA SANIDADE
E O QUE PODE SER FEITO PARA RETOMARMOS O CONTROLE**



Versal Editores



DR. ALLEN FRANCES

VOLTANDO AO NORMAL

COMO O EXCESSO DE DIAGNÓSTICOS E A MEDICALIZAÇÃO
DA VIDA ESTÃO ACABANDO COM A NOSSA SANIDADE
E O QUE PODE SER FEITO PARA RETOMARMOS O CONTROLE

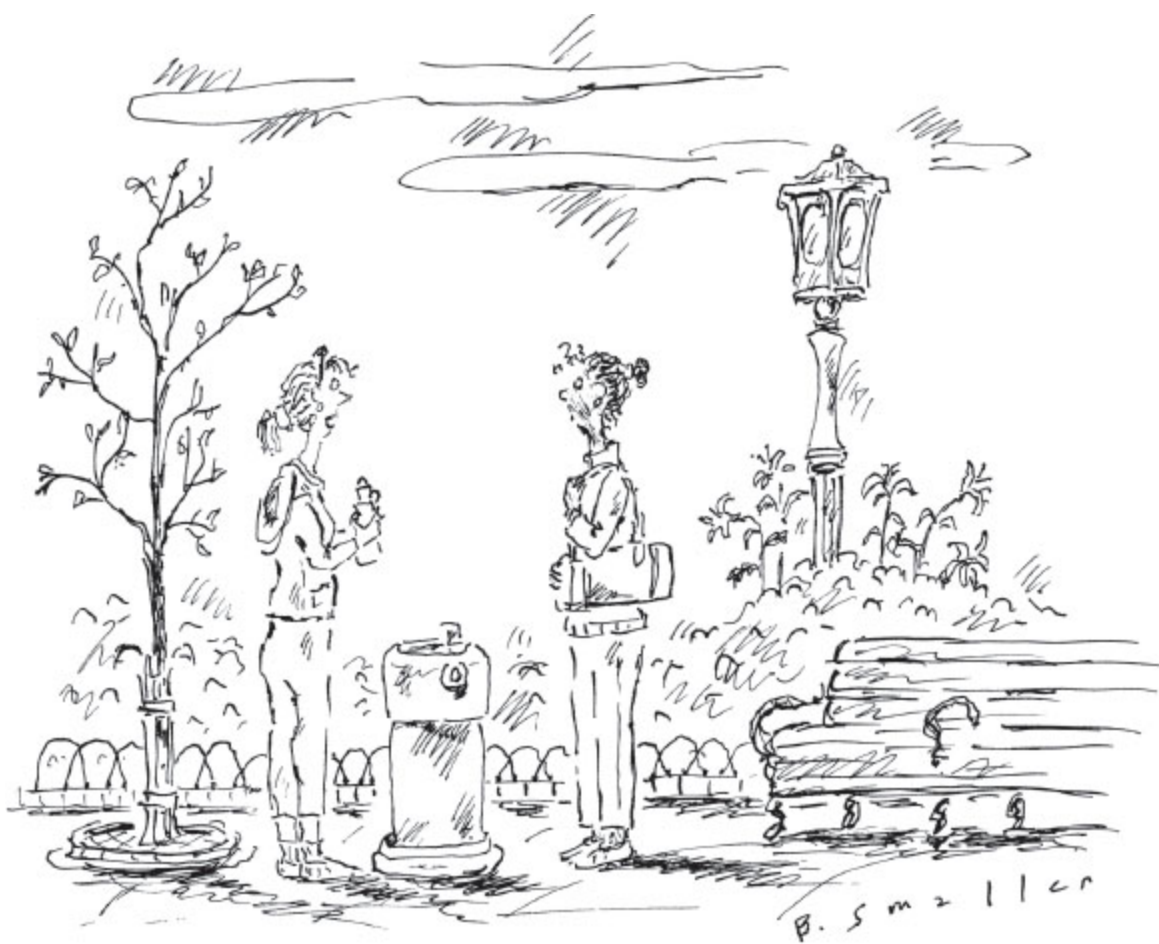
TRADUÇÃO Heitor M. Corrêa

1ª edição

Rio de Janeiro, 2017

 **Versal** Editores

A DONNA – MINHA PARCEIRA EM CADA PALAVRA



“EVAN TEM UMA SÍNDROME QUE FAZ COM QUE ELE ME TRAIA E USE UM MONTE DE DROGAS, MAS ESQUECI QUAL É O TERMO MÉDICO PARA ISSO.”

SUMÁRIO

PREFÁCIO

PARTE 1: O CERCO À NORMALIDADE

Capítulo 1. O que é e o que não é normal?

Capítulo 2. Do xamã ao psiquiatra

Capítulo 3. A inflação diagnóstica

PARTE 2: MODISMOS PSIQUIÁTRICOS PODEM FAZER MAL À SAÚDE

Capítulo 4. Modismos do passado

Capítulo 5. Modismos do presente

Capítulo 6. Modismos do futuro

PARTE 3: VOLTANDO AO NORMAL

Capítulo 7. Domando a inflação diagnóstica

Capítulo 8. O consumidor inteligente

Capítulo 9. O pior e o melhor da psiquiatria

Capítulo 10. Equilibrando o mau e o bom

EPÍLOGO

AGRADECIMENTOS

NOTAS

TERMOS DE BUSCA

PREFÁCIO

Posso calcular o movimento das estrelas, mas não a loucura dos homens.

ISAAC NEWTON

Às vezes você pode arranjar uma verdadeira encrenca apenas cuidando da própria vida em um coquetel. A época era maio de 2009. O coquetel, uma reunião de psiquiatras no encontro anual da Associação Norte-Americana de Psiquiatria (APA, na sigla em inglês). O lugar, o Museu de Arte Asiática, em São Francisco. A encrenca foi me envolver em uma controvérsia desagradável e pública sobre a natureza da “normalidade” e o papel adequado da psiquiatria em sua definição.

Eu estava na cidade por alguma outra razão e não tinha o menor interesse no evento, mas a festa seria uma boa chance de reencontrar velhos amigos. Durante quase uma década, eu havia sido uma espécie de desertor da psiquiatria – aposentei-me cedo para cuidar de minha esposa doente, tomar conta do bando de netos, ler e me tornar um rato de praia. Antes, minha vida era irrequieta, provavelmente classificável como hiperativa. Liderei a força-tarefa que desenvolveu o *DSM-IV* – quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – e também presidi o departamento de psiquiatria da Universidade Duke; tratei muitos pacientes, fiz pesquisas e escrevi alguns livros e artigos. Parecia estar sempre correndo atrás do tempo, sem alcançá-lo. Até uma olhada furtiva na seção de esportes do *New York Times* era um prazer roubado e proibido. Depois disso, era um deleite o simples ato de sossegar, ler Tucídides, sentir o sol no rosto e o vento no que me restou dos cabelos. Nada de e-mail, poucos telefonemas e absolutamente nenhuma responsabilidade além da família.

Tenho apenas uma superstição: uma crença irracional, mas duradoura, na lei das médias, segundo a qual tudo se iguala no fim das contas. Sei que isso

não é verdade – mas superstições são duras de matar. Acho que os deuses da probabilidade estavam entediados na noite daquela festa e decidiram me usar para se divertir. Talvez tivessem chegado à conclusão de que minha vida se tornara muito despreocupada. Por que não equilibrar o placar jogando em meu caminho algumas conversas aleatórias para acabar com a minha paz? Uma hora depois, minha cômoda posição de observador estava perdida, e fui obrigado a tomar partido no que se tornou uma guerra civil pelo coração da psiquiatria – uma batalha praticamente perdida para proteger a normalidade contra a medicalização e a prática psiquiátrica contra o supercrescimento.

Por que comigo e por que naquela noite? Acontece que vários de meus amigos estavam eufóricos com seu papel de destaque na criação do *DSM-5*. Não falavam de outra coisa. Até 1980, os *DSM* eram livrinhos mercedamente obscuros que ninguém lia e aos quais não se dava muita importância. Então, o *DSM-III* surgiu em cena – um gordíssimo compêndio que logo se tornou um ícone cultural, um best-seller permanente e um objeto de culto indevido: a “bíblia” da psiquiatria. Por ter estabelecido a fronteira crucial entre a normalidade e a doença mental, o *DSM* ganhou uma relevância social imensa, determinando uma infinidade de coisas que têm um enorme impacto na vida da população – quem é considerado sadio e quem é doente; qual tratamento é oferecido; quem paga por ele; quem recebe benefícios por invalidez; quem tem direito a serviços de saúde mental, escola, colocação profissional e outros; quem é contratado para um emprego, pode adotar um filho, pilotar um avião ou ter seguro de vida; se um assassino é um criminoso ou um paciente mental; qual deve ser a indenização paga em uma ação judicial; e muito, muito mais.

Depois de trabalhar durante vinte anos nas atualizações periódicas das edições do *DSM* (incluindo o *DSM-III*, o *DSM-III-R* e o *DSM-IV*), eu conhecia as armadilhas e estava alerta aos riscos inerentes a qualquer revisão. Em contraste, meus amigos eram marinheiros de primeira viagem e estavam empolgados com a função de preparar o *DSM-5*. Pretendiam acrescentar diversos transtornos mentais novos e afrouxar as regras para o diagnóstico dos já existentes – estavam supervalorizando os benefícios esperados e cegos aos aspectos negativos.

Entendi o entusiasmo e a vontade deles de fazer a diferença. Em 1987, uma semana após saber que iria liderar os trabalhos do *DSM-IV*, dei uma longa caminhada na praia. Não sou afeito a ruminações, mas tinha muito em

que pensar. Por cerca de uma hora, tive um extasiante sentimento de poder enquanto engendrava possíveis formas de mudar e aprimorar a psiquiatria. Minha preocupação era o fato de que o diagnóstico havia ido longe demais, rápido demais e estava mudando com muita velocidade – havia um excesso de categorias e de gente sendo diagnosticada. Minhas três ideias brilhantes eram elevar os parâmetros para transtornos que pareciam muito fáceis de diagnosticar, fundir a outros ou eliminar de vez os distúrbios que não faziam muito sentido e descrever a personalidade por meio de números flexíveis, e não de nomes rígidos.

Na hora seguinte, a realidade bateu à porta e me forçou a jogar fora cada uma dessas ideias. Refletindo, percebi que, ao tentar corrigir determinados problemas, estaria criando outros. E, mais do que isso, percebi que não havia razão para que eu (ou qualquer outra pessoa) confiasse em mim mesmo ou em minhas estimadas ideias. Todas as mudanças no sistema diagnóstico deveriam ser orientadas pela ciência e baseadas em evidências, e não influenciadas por caprichos, meus ou alheios. O método de elaboração do *DSM-IV* precisaria dar ênfase à moderação, com o intuito de protegê-lo da individualidade, da arbitrariedade e da criatividade diagnóstica. Exigiríamos que novas propostas fossem submetidas a um profundo exame da literatura científica, visando focar seus riscos e armadilhas. Haveria apuradas reanálises de dados e experimentos de campo. Abandonaríamos tudo o que fosse arriscado e/ou cujo mérito científico não fosse claro. Meu palpite de que padrões elevados eliminariam quase todas as mudanças provou-se verdadeiro – não existiam dados científicos persuasivos para respaldar as muitas propostas que recebemos. A pesquisa básica da psiquiatria vinha diariamente com empolgantes *insights* a respeito do funcionamento do cérebro, mas nada disso se traduzia minimamente em como deveríamos diagnosticar e tratar pacientes.

Eu sabia que não poderíamos nos dar ao luxo de cometer erros no *DSM-IV*, por menores que fossem. O *DSM* havia se tornado poderoso demais para o seu próprio bem – e para o bem da sociedade. Mesmo alterações aparentemente secundárias poderiam ter um impacto desastroso. E agora a quinta edição parecia à beira de incorrer em falhas gigantescas. Juntos, os novos transtornos promovidos com tanta displicência por meus amigos criariam dezenas de milhões de novos “pacientes”. Vislumbrei todas aquelas pessoas basicamente normais sendo capturadas na vastíssima rede diagnóstica do manual, e me preocupou o fato de que muitas seriam expostas

a medicamentos desnecessários, que teriam efeitos colaterais potencialmente nocivos. Os fabricantes de remédios lamberiam os beijos imaginando a melhor maneira de explorar, com sua bem-treinada promoção da doença, a tentadora oferta de novos alvos.

Eu estava de olho bem vivo para os riscos devido à minha própria experiência – apesar de nossos esforços para domar a abundância diagnóstica, o *DSM-IV* vinha sendo mal utilizado, inflando a bolha. Embora tivéssemos sido enfadonhamente modestos nos objetivos, obsessivamente meticulosos nos métodos e rigidamente conservadores no produto, não previmos nem evitamos três novas falsas epidemias de distúrbios mentais em crianças – o autismo, o déficit de atenção e o transtorno bipolar. E não fizemos nada para conter a galopante inflação diagnóstica que já estava expandindo a fronteira da psiquiatria muito além de sua competência. Se um *DSM-IV* cauteloso e de modo geral bem-feito provavelmente resultara em mais prejuízo do que benefício, quais poderiam ser os efeitos negativos de um sucessor produzido sem cuidado, movido pela grandiosa, porém quixotesca, ambição de “mudar paradigmas”?

Havia muito em jogo para que eu ignorasse o que estava acontecendo – tanto para os novos “pacientes” mal rotulados como para a sociedade. Devido à inflação diagnóstica, uma excessiva quantidade de indivíduos passou a se valer de antidepressivos, antipsicóticos, agentes ansiolíticos, remédios para dormir e analgésicos. Estamos nos tornando uma população de viciados em comprimidos. Um em cada cinco adultos norte-americanos toma pelo menos um fármaco para problemas psiquiátricos, 11% de todos os adultos tomaram antidepressivos em 2010,¹ quase 4% das crianças fazem uso de estimulantes² e 4% dos adolescentes tomam antidepressivos,³ além de 25% dos residentes de asilos receberem antipsicóticos.⁴ No Canadá, entre 2005 e 2009, o uso de psicoestimulantes subiu 36%, e o de ISRS (Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina), 44%.⁵

A imprecisão dos diagnósticos está causando uma overdose nacional de medicamentos. Seis por cento da população norte-americana é dependente de fármacos prescritos, e hoje em dia há mais visitas a prontos-socorros e mortes decorrentes dessas substâncias legalizadas do que de drogas urbanas ilegais.⁶ Quando seus produtos são utilizados de maneira descuidada, os fabricantes de remédios podem ser tão perigosos quanto os cartéis de drogas. Um exemplo: desde 2005, houve um impressionante aumento de oito vezes nas prescrições psiquiátricas entre as tropas em serviço ativo.

Atualmente, o incrível contingente de 110 mil soldados faz uso de pelo menos um psicotrópico, muitos usam mais de um, e centenas morrem todos os anos de overdose accidental.⁷

As drogas psiquiátricas são hoje a maior fonte de renda dos fabricantes – em 2011, foram 18 bilhões de dólares em antipsicóticos (surpreendentes 6% de todas as vendas de medicamentos), 11 bilhões em antidepressivos e quase 8 bilhões em remédios para TDAH (transtorno do déficit de atenção com hiperatividade).⁸ O gasto com antipsicóticos triplicou,⁹ e o uso de antidepressivos quase quadruplicou de 1988 a 2008.¹⁰ E esses comprimidos estão sendo receitados pelos médicos errados. Oitenta por cento das prescrições são dadas por clínicos gerais com pouco treinamento em seu uso adequado, sob pressão intensa de vendedores ou de pacientes mal-informados, depois de apressadas consultas de sete minutos, sem exames sistemáticos.¹¹

Há também um confuso deslocamento de recursos: sobram tratamentos para os normais “doentes de preocupação”, que são prejudicados por eles, enquanto faltam para quem está de fato doente e desesperado por eles. Dois terços dos que têm depressão severa não são tratados, e muitos dos que sofrem de esquizofrenia acabam na prisão. O aviso está dado. O “normal” precisa ser recuperado com urgência; os enfermos clamam por tratamento. No entanto, o *DSM-5* parecia estar justamente indo na direção errada, acrescentando diagnósticos que transformariam a ansiedade, a excentricidade, o esquecimento e os maus hábitos alimentares do cotidiano em transtornos mentais. Enquanto isso, os verdadeiros doentes seriam ignorados à medida que a psiquiatria expandisse suas fronteiras, de modo a incluir muitas pessoas que deveriam ser consideradas normais.

Dizem que o inferno está cheio de boas intenções e de más consequências. Fiquei chocado com o entusiasmo ingênuo daqueles que estavam trabalhando no *DSM-5*. Onde eles viam oportunidades de ouro, eu via graves riscos. A abundância diagnóstica pode fazer mal à nossa saúde – como indivíduos e como sociedade.

De longe, a conversa mais perturbadora foi com um dos primeiros amigos que fiz na psiquiatria – um homem sábio, experiente e íntegro cuja carreira fora inteiramente dedicada a amenizar o sofrimento provocado pela esquizofrenia. Ele estava convencido de que o *DSM-5* poderia virar o jogo, introduzindo um novo diagnóstico chamado “síndrome do risco de psicose”, que estimularia a identificação precoce e o tratamento preventivo de jovens

que, sem isso, poderiam acabar se tornando esquizofrênicos. Meu amigo queria fornecer um grama de prevenção que substituísse um quilo de cura. Depois que o cérebro já ficou doente, é mais difícil recuperá-lo – quanto mais desenvolvidos estiverem os circuitos que geram delírios e alucinações, mais difícil será desligá-los. Assim, seria maravilhoso prevenir logo a esquizofrenia, ou, se não fosse possível, ao menos abrandar todo o fardo da doença.

O objetivo do meu amigo era nobre, mas havia cinco golpes poderosos contra ele. Primeiro: a maioria das pessoas que recebessem o assustador diagnóstico de “risco de psicose”, na verdade, seria mal rotulada – em geral, apenas uma quantidade ínfima viria a se tornar psicótica. Segundo: não há maneira comprovada de prevenir a psicose, mesmo em quem de fato corre o risco de desenvolvê-la. Terceiro: muitos sofreriam danos colaterais – receberiam antipsicóticos desnecessários que podem causar obesidade, diabetes, problemas cardíacos e, provavelmente, reduzir a expectativa de vida. Quarto: pensemos no estigma e na preocupação causados pela insinuação completamente enganosa de que a psicose está logo ali. Quinto: desde quando correr um “risco” é o mesmo que ter uma “doença”? Tentei, mas não consegui fazê-lo mudar de ideia, ou sequer abrir um pouquinho sua mente. O “risco de psicose” estava a pleno vapor. O sonho do meu amigo sem dúvida causaria um pesadelo de desastrosas consequências.

Enquanto vagava pelo coquetel, encontrei muitos outros amigos que estavam trabalhando no *DSM-5* e demonstravam uma empolgação semelhante com suas inovações particulares. Logo descobri que eu próprio me enquadrava em muitos dos novos transtornos cuja inclusão eles sugeriam. Meu gosto por um bom prato de camarão e costelas seria “transtorno da compulsão alimentar”. Minha dificuldade de recordar nomes e fisionomias se encaixaria em “transtorno neurocognitivo leve”. Minhas preocupações e tristezas passariam a ser “transtorno misto de ansiedade e depressão”. O luto que senti quando minha esposa morreu foi um “transtorno depressivo maior”. Minhas conhecidas hiperatividade e tendência à distração eram sinais claros de “transtorno do déficit de atenção em adultos”. Uma hora de bate-papo ameno com velhos amigos e eu já havia adquirido cinco novos diagnósticos do *DSM*. E não nos esqueçamos de meus netos, gêmeos idênticos, de seis anos: suas pirraças já não eram apenas irritantes; eles tinham “transtorno do temperamento irregular”.

Era nítido que o *DSM-5* provocaria uma confusão. O que fazer? Eu já havia declinado de vários pedidos para dar uma declaração. Bob Spitzer, o grande inovador da psiquiatria que fora o principal responsável pela criação do *DSM-III*, vinha soando ruidosos alarmes ao longo dos anos. Estava aborrecido com o fato de a Associação Norte-Americana de Psiquiatria obrigar os profissionais que estavam trabalhando na quinta edição a assinar acordos de confidencialidade, com o intuito de proteger sua “propriedade intelectual”. Os lucros editoriais jamais deveriam atropelar a transparência necessária para se produzir um manual seguro e de qualidade. Bob estava coberto de razão, e eu sabia disso. Muitas vezes ele me pedira que apoiasse seus esforços para colocar o *DSM-5* nos trilhos, mas, para minha vergonha, eu havia me recusado mais de uma vez a me manifestar. Minha tendência sempre fora a de manter distância de controvérsias, e aquela prometia ser especialmente desagradável. Também achava deselegante comentar o trabalho de meus sucessores e, além disso, sabia que ele era um bom combatente, incansável e mais do que apto a segurar a barra no debate público.

No entanto, as conversas perturbadoras daquela noite enfim espantaram minha acomodação e me forçaram a entrar na briga. Não era só o fato de o novo *DSM* ter um processo fechado e sigiloso; ele provavelmente resultaria em um produto muito perigoso. Se o “risco de psicose” fosse incluído, jovens inocentes podiam ficar obesos e morrer cedo, recebendo uma medicação desnecessária para um diagnóstico falso. O *DSM-5* criaria problemas de saúde pública, e a população precisava ter voz. Percebi que seria egoísta e covarde me esquivar com o pretexto de que Bob poderia fazer o trabalho pesado sozinho. Teria de arriscar amizades, romper com a psiquiatria organizada e abandonar minha adorada praia. Janet Williams, esposa e mais íntima colaboradora de Bob no *DSM-III*, também se encontrava na festa. Fui até ela e lhe disse que Bob podia contar comigo. O *DSM-5* era importante demais para ser deixado nas mãos de “especialistas” bem-intencionados, porém seriamente mal orientados.

Passaram-se quatro anos. Contatei a liderança da APA (Associação Norte-Americana de Psiquiatria), enviei quatro cartas de alerta a seu Conselho Administrativo, escrevi em incontáveis blogues, publiquei numerosos editoriais e artigos, dei palestras em encontros profissionais e públicos e apareci no rádio e na televisão – sempre advertindo para os riscos de o *DSM-5* rotular equivocadamente pessoas normais, promover a

inflação diagnóstica e estimular o uso inadequado de medicamentos. Não fiquei sozinho na tentativa de fazer com que voltemos ao normal. Muitos outros indivíduos, organizações de saúde mental, publicações profissionais e a imprensa soaram de forma ruidosa o mesmíssimo alarme. Tivemos algum impacto positivo – na última hora, algumas das propostas mais perigosas foram descartadas. No geral, contudo, fracassamos. O manual joga o diagnóstico psiquiátrico na direção errada, promove ainda mais o mau uso de remédios e criará novas epidemias falsas. O objetivo correto para ele teria sido a restrição e a deflação de diagnósticos, e não uma injustificada expansão destes e de tratamentos.

Este livro é minha reação aos excessos – parte *mea culpa*, parte *j'accuse*, parte *cri de cœur*. Traz uma desesperançosa visão de alguém que viu de perto o que saiu errado, e também oferece um prático caminho de volta a uma psiquiatria saudável. Meu objetivo não é apenas nos ajudar a voltar ao normal, mas também ajudar a salvar a psiquiatria. Ela é uma profissão nobre e essencial, sã em seu âmago e extremamente eficaz quando bem praticada. Nossos resultados igualam ou superam as realizações da maioria das outras especialidades médicas.¹² E ser um profissional da saúde mental é um privilégio e tanto – conhecemos a intimidade dos pacientes, os consolamos em suas mágoas e encontramos formas de ajudá-los a se ajudarem. Podemos curar muitos, auxiliar a maioria e trazer compaixão e aconselhamento a todos. Mas a psiquiatria deve se manter em sua área de competência e se ater ao que faz de melhor – auxiliar quem de fato precisa e mais pode se beneficiar de nossos esforços. Não devemos transformar em pacientes aqueles que são essencialmente normais e ignorar os verdadeiros enfermos.

Decerto a psiquiatria não está sozinha em seus excessos – somos apenas um caso especial do inchaço e do desperdício que caracterizam toda a medicina norte-americana. Os interesses comerciais sequestraram a iniciativa médica, pondo o lucro acima dos pacientes, provocando um frenesi voraz de diagnósticos, testes e tratamentos. Gastamos o dobro do que outros países em assistência médica e temos resultados apenas medíocres em contrapartida. Alguns de nossos cidadãos são prejudicados por uma superabundância médica; outros, por uma vergonhosa negligência. Tanto a medicina como a psiquiatria passam por uma grande necessidade de ser domadas, aparadas, reformuladas e redirecionadas.

Transtornos psiquiátricos reais exigem pronto diagnóstico e tratamento ativo – eles não melhoram sem cuidados médicos e se tornam mais difíceis

de tratar quanto mais tempo tiverem para persistir. Em contraste, a melhor solução para os inevitáveis problemas do dia a dia são nossa resiliência natural e os poderes curativos do tempo. Somos uma espécie resistente, sobreviventes bem-sucedidos de dez mil gerações de ancestrais engenhosos que tinham de ganhar sua precária vida cotidiana e evitar perigos onipresentes que iam muito além de nossa inocente imaginação. O cérebro e as estruturas sociais do ser humano são adaptados para lidar com as circunstâncias mais duras – somos plenamente capazes de encontrar soluções para a maioria dos percalços sem intervenção médica, a qual muitas vezes confunde e piora a situação. À medida que avançamos rumo à medicalização indiscriminada da normalidade, perdemos contato com nossas fortes capacidades autocurativas – esquecendo-nos de que a maioria dos problemas não são doenças e de que em raras ocasiões tomar um comprimido será o melhor caminho.

Não obstante, escrever este livro implica um sério risco que eu não teria assumido caso deixar de fazê-lo não fosse ainda mais arriscado. Meu pavor é que algumas pessoas façam uma leitura seletiva e tirem a conclusão, totalmente incorreta e não intencional, de que sou contra o diagnóstico e o tratamento psiquiátricos. Elas podem se influenciar demais por minhas críticas à psiquiatria quando mal exercida e deixar passar minha veemente defesa da mesma quando bem praticada. A experiência com o *DSM-IV* ensinou-me que qualquer palavra que possa ser mal utilizada ou mal compreendida provavelmente será, e que os autores devem se preocupar com as consequências não apenas do uso adequado de sua obra, mas também das previsíveis distorções. Já sou citado de forma ampla e enganosa por cientologistas e outros grupos que fazem uma raivosa oposição à psiquiatria. Eles podem dar ao livro um mau uso semelhante, com o intuito de desencorajar que pessoas desesperadas busquem auxílio. Imaginemos uma cadeia hipotética de eventos: uma incompreensão básica de minha mensagem induz alguns indivíduos que precisam de medicação a interrompê-la de maneira precipitada, causando uma recaída, acompanhada de um comportamento suicida ou violento. Embora não fosse o responsável direto, ainda assim eu teria bons motivos para me sentir péssimo.

Apesar dessas preocupações realistas, decidi ir em frente e escrever o livro porque o exagero atual de psicotrópicos nos Estados Unidos representa um perigo muito maior e mais imediato. Minha esperança é servir a dois propósitos simultâneos: alertar pessoas que não necessitam de tratamento a

evitá-lo, mas, igualmente, estimular as que necessitam a buscá-lo e a manterem-se nele. Minha crítica é dirigida apenas aos excessos da psiquiatria, e não à sua essência. Voltar ao normal e salvar a psiquiatria são de fato dois lados da mesma moeda. A psiquiatria precisa ser salva de entrar de cabeça onde deveria ter medo até de pisar. E o normal precisa ser defendido das poderosas forças que tentam nos convencer de que estamos todos doentes.

PARTE 1

O CERCO À NORMALIDADE

CAPÍTULO 1

O QUE É E O QUE NÃO É NORMAL?

Apiscina da normalidade está se tornando uma simples poça.

TIL WYKES

Antes de começarmos a voltar ao normal, precisamos descobrir em que ele consiste. Poderíamos esperar que “normal” fosse uma palavra acessível, confiante em sua popularidade, segura em sua preponderância sobre o “anormal”. Definir o normal deveria ser fácil, e sê-lo, uma ambição modesta. Mas não. O normal foi posto em um estado de sítio ameaçador e já está tristemente reduzido. Os dicionários não trazem uma acepção satisfatória; filósofos discutem seu significado; estatísticos e psicólogos o medem sem parar, mas não captam sua essência; sociólogos duvidam de sua universalidade, psicanalistas duvidam de sua existência e médicos da mente e do corpo estão ocupados comendo-o pelas beiradas. O normal está perdendo todo o poder – se olharmos bem, talvez todos acabem se revelando mais ou menos doentes. Minha tarefa neste livro será tentar interromper essa usurpação constante e inexorável – nos ajudar a voltar ao normal.

COMO O DICIONÁRIO DEFINE “NORMAL”?

A palavra “normal” joga em muitas posições diferentes. Surgiu no latim como um esquadro de carpinteiro e ainda é usada em geometria para descrever ângulos retos e linhas perpendiculares. Não é de admirar que depois tenha assumido uma variedade de significados moralistas que denotam o regular, padrão, usual, rotineiro, típico, médio, ordinário, esperado, habitual, universal, comum, conforme, convencional, correto ou

costumeiro. Daí, foi um pulo para que o normal viesse a designar o bom funcionamento biológico e psicológico – a ausência de enfermidade física e mental.¹

Todas as acepções dicionarizadas de “normal” são inteira e ilusoriamente tautológicas. Para saber o que é normal, é preciso saber o que é anormal. E adivinhe como os dicionários definem “anormal”: aquilo que não é normal, regular, natural, típico, usual ou conforme a alguma norma. Isso que é correr atrás do próprio rabo – cada termo é explicado unicamente como a negativa do outro; não há definição real de nenhum dos dois, tampouco uma linha significativa entre eles.

As dicotômicas palavras “normal” e “anormal” inspiram um senso de reconhecimento familiar e uma falsa intimidade. Intuímos de modo instintivo o que significam de maneira geral, mas achamos inerentemente difícil determiná-los em termos mais específicos. Não há definição universal e transcendente que funcione de modo operacional para resolver os problemas práticos de categorização.

O QUE DIZ A FILOSOFIA?

Surpreendentemente pouco. A filosofia usou de um empenho interminável para compreender os significados mais profundos de grandes conceitos como realidade e ilusão, o conhecimento das coisas, a essência da natureza humana, a verdade, a moralidade, a justiça, o dever, o amor, a beleza, a grandeza, a bondade, o mal, a mortalidade, a imortalidade, a lei natural e assim por diante. O normal, em termos gerais, perdeu-se no turbilhão – talvez por ser comum e desinteressante demais para justificar um pensamento filosófico profundo.

Essa negligência enfim acabou quando os iluministas buscaram aplicar a filosofia aos problemas mais terrenos. O utilitarismo trouxe a primeira – e ainda a única – diretriz filosófica prática a respeito de como e onde estabelecer uma fronteira entre a “normalidade” e o “transtorno mental”. Os pressupostos condutores são que a “normalidade” não tem significado universal e jamais pode ser definida com precisão pelos mecanismos da dedução filosófica – está essencialmente nos olhos de quem vê e muda conforme o tempo, o lugar e as culturas. Daí temos que a fronteira que a

separa do “transtorno mental” deveria ser baseada não no raciocínio abstrato, mas no equilíbrio entre as consequências positivas e negativas que advêm de diferentes escolhas. Procurar sempre o “maior bem para o maior número de pessoas”.² Tomar decisões de acordo com o que traz os melhores resultados mensuráveis.

Contudo, também há no utilitarismo prático inegáveis incertezas e, o que é pior, perigosos campos minados no que tange a valores. “O maior bem para o maior número de pessoas” soa muito bonito na teoria, mas como são medidas as quantidades e como se decide o que é o bem? Não é por acaso que a Alemanha, à qual Hitler proporcionou uma infâmia tão persistente, é hoje o lugar onde o utilitarismo goza de menos popularidade. Durante a Segunda Guerra Mundial, era normal em termos estatísticos a população alemã cometer atos bárbaros que, sem dúvida, seriam considerados anormais antes ou depois – todos justificados, na época, com base no utilitarismo, como necessários para trazer o maior bem à raça superior. O “normal” estatístico (baseado na frequência daquilo que é) temporariamente sobrepujou o “normal” imperativo (o mundo como deveria ou costumava ser).

Admitindo que, nas mãos erradas, o utilitarismo pode se tornar cego aos bons valores e distorcido pelos maus, ainda assim continua sendo a melhor ou a única direção filosófica quando se embarca na difícil tarefa de estabelecer fronteiras entre o que é mentalmente “normal” e “anormal”. Essa foi a abordagem que usamos no *DSM-IV*.

A ESTATÍSTICA PODE DITAR O NORMAL?

Após deixar a linguística e a filosofia atordoadas, o normal derrotou a estatística. Isso pode ser uma surpresa. A estatística pareceria capaz de definir com perfeição o normal, trocando o método de análise do jogo de palavras para o jogo de números. A resposta poderia vir da bela forma simétrica de uma curva de Gauss normal. Quando se mede algo, nunca há uma resposta certa absolutamente perfeita e replicável. Há sempre um erro de mensuração maior ou menor que nos impede de reproduzi-la todas as vezes – não importa que tentemos com todo o cuidado ou que nossa régua seja maravilhosa. Existe uma impossibilidade intrínseca de se identificar a

natureza de qualquer coisa com total precisão. No entanto, algo realmente notável acontece se nos damos ao trabalho de fazer mensurações suficientes. Embora nenhuma leitura seja perfeitamente acurada ou previsível, o conjunto de todas as leituras resulta na curva mais perfeitamente previsível e encantadora. No topo da curva está a medida mais popular; em seguida, outras cada vez menos prováveis descem em ambos os lados ao nos afastarmos dessa proporção áurea.

A curva de Gauss explica muito do funcionamento da vida – a maioria das coisas na natureza e no ser humano segue sua forma e se desvia da média de modo previsível. As distribuições de toda característica concebível do universo foram medidas em conjuntos de dados enormes e apuradamente coletados. Por milagre, a mesma formidável “curva normal” sempre emerge daquilo que de outra forma pareceria um amontoado de números. A curva fornece um poder profético notavelmente preciso em quase tudo o que concerne à nossa espécie e ao mundo.

Os seres humanos são diversos em cada uma de suas características físicas, emocionais, intelectuais, operacionais e comportamentais, mas essa diversidade não é, de modo algum, aleatória. Somos distribuídos “normalmente” em uma curva em forma de sino dentro de qualquer traço que tenha distribuição contínua na população. Q.I., altura, peso, traços de personalidade, todos se aglomeram em torno de uma proporção áurea, e os valores aberrantes se dividem de maneira simétrica entre os dois lados.

A melhor forma de resumir isso econômica e sistematicamente é o desvio-padrão (DP) – termo técnico usado em estatística para descrever o modo como as medidas se organizam com regularidade confiável em torno da média. Estar dentro de um DP da média de altura (que nos Estados Unidos é de 1,78m para homens, com um DP de 7,5cm) põe o indivíduo em um território muito popular, junto a 68% da população – 34% serão um pouco mais altos do que o sujeito absolutamente mediano (até 1,85m) e 34% serão um pouco mais baixos (até 1,70m). Quanto mais alto ou mais baixo, mais raro – cada vez mais solitário em qualquer um dos lados dos pontos mais distantes da curva de Gauss. Apenas 5% da população se distancia mais do que dois DPs – nessa zona remota encontramos os 2,5% de homens muito altos (mais de 1,93m) e os 2,5% de baixinhos (menos de 1,62m). São as zonas da curva à extrema direita e à extrema esquerda, longe da célebre proporção áurea. Suponha-se que avancemos ainda mais e cheguemos a três

DPs – estamos no raríssimo território dos homens com mais de 2m ou menos de 1,55m.³

Isso nos leva à questão do momento: podemos usar a estatística de forma simples e precisa para definir a normalidade mental? A curva de Gauss pode fornecer uma orientação científica para decidir quem é e quem não é mentalmente normal? Em termos conceituais, a resposta é “por que não?”, mas, em termos práticos, é “de jeito nenhum”. Na teoria, poderíamos decidir de maneira arbitrária que os mais problemáticos de nós (5%, 10%, 30% ou quantos forem) seriam definidos como mentalmente doentes, e o restante seria normal. Então poderíamos desenvolver instrumentos de mapeamento, pontuar a todos, traçar as curvas, estabelecer a linha divisória, e assim rotular os enfermos. Na prática, entretanto, não funciona assim. Existem demasiados julgamentos estatísticos, contextuais e de valor que dificultam uma solução estatística simples.

Em primeiro lugar, os indivíduos em lados opostos de qualquer que seja a fronteira estabelecida parecerão quase iguais – que tolce considerar um doente e o outro saudável. Pessoas com 1,90m e 1,91m são ambas altas. E que percentagem escolher? Se houver poucos clínicos de saúde mental em um país em desenvolvimento, apenas os indivíduos com perturbações mais graves parecerão ter um transtorno mental – assim, talvez a fronteira seja estabelecida de modo que somente 1% não seja normal. Em uma Nova York saturada de terapeutas, o nível requerido para configurar um transtorno é radicalmente diminuído, e talvez a fronteira fosse estabelecida em 30% ou mais. Tudo se torna completamente arbitrário e a bela curva não tem como nos dizer onde traçar a linha.

Temos de aceitar o fato de não existir um padrão simples para decidir quantos de nós são anormais. A curva normal diz bastante acerca da distribuição de todas as coisas, de quarks a coalas, mas não dita onde termina o normal e começa o anormal. Um psicótico em fúria está longe o suficiente da média para ser reconhecido como doente mental por qualquer um, mas como se decide quando a ansiedade ou a tristeza do dia a dia são graves o bastante para serem consideradas um transtorno mental? Uma coisa parece perfeitamente clara: pelo lado estatístico, é ridículo estender o distúrbio de forma tão elástica que alguém próximo ao comum possa se enquadrar nele. A maioria das pessoas não deveria ser normal?

O QUE O MÉDICO DIZ SOBRE O NORMAL?

Até o final do século XIX, a medicina era regida pelo dogma segundo o qual saúde e doença eram determinadas pelas quantidades relativas dos quatro humores corporais: sangue, fleuma, bile amarela e bile negra. Parece curioso e pitoresco hoje em dia, mas foi uma das ideias mais persistentes da humanidade (sobrevivendo muito além do dogma de que o Sol girava ao redor da Terra). A teoria humoral foi a crença comum de uma centena de gerações das pessoas mais inteligentes do mundo, e governou a prática médica durante quatro milênios. O passaporte para a normalidade era encontrar equilíbrio e harmonia perfeitos dos fluidos corporais – nada em excesso, nada em falta. Somente às vésperas do século XX impactantes avanços na fisiologia, na patologia e na neurociência enfim relegaram a teoria humoral ao porão das curiosidades atávicas da medicina.⁴

No entanto, apesar de todos os seus reconhecidos prodígios, a moderna ciência médica nunca proporcionou uma acepção viável de “saúde” ou “doença” – seja no campo físico, seja no mental. Muitos tentaram, e todos fracassaram. Tomemos como exemplo a definição da OMS (Organização Mundial da Saúde):⁵ “Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de enfermidade.” Quem entre nós ousaria se declarar saudável se isso requer atingir um padrão inalcançável? A saúde perde o valor como conceito quando é tão distante que todos estão, ao menos em parte, doentes. A definição também exala julgamentos de valor sensíveis à cultura e ao contexto. Quem é capaz de dizer o que é um “completo” bem-estar físico, mental e social? Uma pessoa é doente porque seu corpo dói em razão do trabalho pesado ou porque está triste devido a uma decepção ou briga familiar? Os pobres são inerentemente mais enfermos por terem menos recursos para chegar ao completo bem-estar exigido pela “saúde”?

Acepções modernas mais realistas concentram-se não na perfeição da vida, mas na falta de doença definível. Já é um avanço, mas não há definição clara de doença física, e decerto nada que funcione através do tempo, do espaço e das culturas. Como decidimos o que é normal em situações contínuas, tais quais a pressão sanguínea, o colesterol, o nível de glicose ou a densidade óssea? É melhor diagnosticar e tratar de forma agressiva um câncer de próstata que se desenvolve lentamente em um idoso, ou ignorá-lo, porque a negligência pode ser muito menos perigosa que o tratamento? Os

previsíveis lapsos de memória que ocorrem na terceira idade são casos de demência ou o inevitável destino degenerativo de um cérebro envelhecido? Uma criança muito baixa é simplesmente baixa ou precisa de injeções hormonais?⁶

POR QUE NÃO HÁ TESTES DE LABORATÓRIO PARA DEFINIR O NORMAL DA PSIQUIATRIA?

O cérebro humano é, de longe, o objeto mais complexo que se conhece no universo. Conta com 100 bilhões de neurônios, cada um conectado a outros mil – totalizando 100 trilhões de conexões sinápticas. Por segundo, em média mil sinais cruzam cada uma dessas sinapses; cada sinal é modulado por 1.500 proteínas e mediado por um ou mais entre dezenas de neurotransmissores.⁷ O desenvolvimento do cérebro é ainda mais improvável – uma prodigiosa migração sequencial de células nervosas, intrincadamente coreografada. Cada nervo precisa, de alguma forma, encontrar seu lugar certo e fazer as conexões corretas. Dados os vários passos envolvidos e tudo o que pode dar errado, o lógico seria apostar na lei de Murphy e na teoria do caos – parece haver diversas possibilidades que podem ir de encontro ao funcionamento normal do cérebro. O que é estranho e maravilhoso é funcionarmos tão bem – o improvável resultado de uma engenharia de DNA magnificamente forjada, que tem de realizar trilhões e trilhões de passos. Porém, todo sistema supercomplexo eventualmente gera efeitos caóticos. Muitas coisas diferentes podem sair e, de fato, saem errado para produzir cada doença, o que torna difícil para a ciência médica dar passos gigantescos.

Os dois avanços mais animadores em toda a história da biologia são a elucidação dos mecanismos do cérebro humano e a quebra do código genético. Ninguém poderia ter previsto que chegaríamos tão longe e tão rápido. Mas também houve uma grande decepção. Embora tenhamos aprendido muito a respeito do funcionamento cerebral, ainda não descobrimos formas de traduzir a pesquisa básica em psiquiatria clínica. As novas e poderosas ferramentas da biologia molecular, da genética e da imagiologia ainda não levaram a testes laboratoriais de doenças como demência, depressão, esquizofrenia, bipolaridade, transtorno obsessivo-compulsivo ou qualquer transtorno mental. A expectativa de que os

transtornos fossem explicados por um simples gene, neurotransmissor ou circuito revelou-se ingênua e ilusória.

Ainda não dispomos de um teste laboratorial único na psiquiatria. Como sempre há mais variabilidade nos resultados dentro da categoria de um transtorno mental do que entre ela e o normal ou outros transtornos, nenhuma das promissoras descobertas biológicas jamais se classificou como teste diagnóstico. A árvore do cérebro continua alta demais para apanharmos seus frutos – milhares de estudos sobre centenas de biomarcadores putativos foram inócuos até o momento. Por que tamanha lacuna? Tanto conhecimento e tão pouca utilidade prática? Como disse Roger Sperry ao receber o Prêmio Nobel de Medicina: “Quanto mais aprendemos, quanto mais reconhecemos a complexidade de qualquer intelecto individual, mais forte é a conclusão de que a singularidade inerente às redes cerebrais faz com que as redes das impressões digitais ou das feições faciais pareçam grosseiras e simples.”⁸ Desvendar os heterogêneos mecanismos subjacentes do transtorno mental será trabalho para vidas inteiras. Não haverá uma trilha que leve à esquizofrenia; pode haver dezenas, talvez centenas ou milhares.

O cérebro revela seus segredos de forma lenta e em pequeníssimas doses. Cada descoberta animadora mostra-se uma provocação – não fornece respostas simples, em raras ocasiões se replica totalmente no estudo seguinte, desvela mais do que explica heterogeneidades e complexidades. Para usar uma analogia com o basquete, nesse trabalho não há cestas de três, apenas uma série de faltas e, na melhor das hipóteses, algumas enterradas. E será um processo muito lento e gradual, não um grande salto à frente. Não teremos biomarcadores para estabelecer a fronteira entre a normalidade e o transtorno mental até compreendermos os inúmeros mecanismos que geram as diferentes formas de psicopatologia. Tampouco haverá um Newton, um Einstein ou um Darwin para nos brindar com uma grande teoria biológica unificadora da normalidade e do transtorno – apenas cientistas pacientes, cada um trabalhando durante décadas para elucidar uma parte minúscula de um enorme quebra-cabeça de trilhões de peças. Causas do transtorno mental, à medida que forem descobertas, só explicarão (assim como no câncer de mama) uma pequena quantidade de casos. O primeiro passo real à frente serão os testes laboratoriais do mal de Alzheimer, que provavelmente poderão entrar em atividade nos próximos anos.

A ausência de testes biológicos é uma enorme desvantagem para a psiquiatria. Significa que todos os diagnósticos hoje são baseados em

julgamentos subjetivos, que são falíveis por natureza e vulneráveis a mudanças caprichosas. É como ter de diagnosticar pneumonia sem dispor de testes de vírus ou bactérias que causam os vários tipos de infecção pulmonar.

A PSICOLOGIA PODE VIR AO SOCORRO?

Infelizmente, não. Podemos realizar testes psicológicos em uma pessoa até ela ficar esgotada e ainda assim não ir muito longe na tentativa de estabelecer uma fronteira entre quem é normal e quem não é. A limitação de quase todos os testes usados pelos psicólogos é que a distribuição dos resultados segue nossa velha amiga: a curva normal em forma de sino. O teste pode nos dizer de forma notavelmente precisa onde a pessoa está em seu grupo-comparação, e saber seu desvio-padrão perante a média muitas vezes tem um considerável valor preditivo. Porém, o teste não nos dá as linhas de corte da normalidade. Isso é determinado pelo contexto, e não pelo resultado de um teste.

Por exemplo, o teste de Q.I. Dois desvios-padrão abaixo da média de 100 dão 70 pontos e vaticinam a propensão a ter dificuldades na escola e na vida. Dois desvios-padrão acima do normal dão 130 e vaticinam o sucesso acadêmico e profissional. Contudo, não há razão para achar que ter um Q.I. de 70 é realmente diferente de ter um de 71 ou mesmo de 75.⁹ Há uma margem de erro de cinco pontos na medição do teste, muitos fatores podem interferir em suas condições ideais, e algumas pessoas têm um desempenho muito melhor ou pior na vida do que se esperaria com base no Q.I.

Eleger 70 pontos como a única linha de corte de capacidade intelectual claramente fora do normal não passa de uma conveniência arbitrária que não tem relevância particular, a não ser selecionar os 2,5% da população com Q.I. mais baixo. Esses indivíduos estão propensos a se qualificar para serviços especiais e dispensas que são negados a seus vizinhos próximos e quase idênticos. Mas não existe nada de sagrado na linha de corte de 70 pontos representada por dois desvios-padrão abaixo de 100 – ela não tem significado real. Cortes ligeiramente acima ou abaixo fariam sentido igual ou maior, dependendo da situação. Se mais recursos estiverem disponíveis, os serviços deveriam ser oferecidos a quem tem Q.I. superior a 70. Em alguns

ambientes, pessoas com Q.I. de 70 se saem muito bem. E quem disse que dois desvios-padrão deve ser a linha de corte? Por que não um, três ou 1,5? A escolha é sempre arbitrária e guiada pelo contexto, não pela estatística.

Na prática, isso se perde. Um aviltante exemplo recente foi a decisão da Suprema Corte de tornar inconstitucional a execução de uma pessoa que sofra de atraso mental. Vida e morte agora dependem da tola e artificial indistinção de ter um Q.I. de 70 em vez de 71.¹⁰

O que aconteceria se aplicássemos a linha de corte de dois DPs (2,5%) à psiquiatria e de repente exigíssemos que as pessoas estivessem a essa distância da proporção áurea da saúde mental para merecerem um diagnóstico de transtorno? A maioria dos psiquiatras e outros profissionais de saúde mental perderiam o trabalho e teriam de receber seguro-desemprego. Cem anos atrás, a psiquiatria limitava-se aos doentes muito graves internados em hospitais, e havia muito pouca gente empregada em cuidar deles. Desde então, subimos a curva até chegarmos bem mais perto da média – de modo que, atualmente, de 20% a 25% da população é considerada portadora de transtornos mentais, e há mais de meio milhão de pessoas cuidando desse contingente. Utilizando o paradigma do teste psicológico, podemos comparar indivíduos entre si com bastante precisão, mas não temos como decidir se traçamos a linha entre o normal e o anormal em 2,5% ou 25% da população.

OS SOCIOLÓGOS OU OS ANTROPÓLOGOS TÊM A RESPOSTA?

Mais uma vez, não. Os costumes humanos ao redor do mundo variam de modo muito drástico de acordo com o tempo, o lugar e as culturas para que exista uma resposta pronta quanto ao que é normal em todos eles. Contrastemos cerca de um milhão de pessoas dispostas a morrer de fome durante o Cerco a Leningrado (em vez de romper a norma de não comer a proteína da carne humana bem ali à disposição) com um neoguineense perfeitamente normal que até bem pouco tempo atrás não pensaria duas vezes antes de cozinhar o corpo ou comer os miolos de seu recém-falecido inimigo. Há duzentos anos, a idade normal de casamento em qualquer parte do mundo era em torno da puberdade (e ainda é em alguns lugares), mas hoje isso é considerado um crime em nossa sociedade. Com uma expectativa de

vida maior, passou a ser normal casar-se em uma idade em que até recentemente seria razoável esperar estar morto.

Regras culturais universais são exceção, existindo apenas uma ou outra norma sólida (por exemplo, a proibição de assassinatos dentro da tribo, restrições ao incesto, algum tipo de estrutura familiar). A concepção de normalidade difere de maneira significativa entre culturas, pois cada uma enfrenta seus desafios de sobrevivência. Os geograficamente isolados inuítes evitavam o endocruzamento, julgando normal oferecer a esposa a forasteiros de passagem. Em contrapartida, os gregos clássicos e os árabes modernos elaboraram as mais fortes restrições para evitar qualquer tipo de exposição feminina a genes estrangeiros, de maneira a assegurar que a herança da propriedade seguisse a linhagem patriarcal. Aborígenes desesperados por proteína acham formigas uma fonte de alimento perfeitamente normal – ao passo que, em geral, comê-las em Los Angeles pode enquadrar a pessoa no transtorno que o *DSM* chama de pica. E o contexto pode ser tudo – o assassinato é heroico e normal quando cometido contra forasteiros ameaçadores, mas hediondo e anormal dentro da tribo.

Mesmo em um determinado tempo e local existem normas conflitantes. Durkheim¹¹ criou a sociologia há mais de um século com dados fascinantes que documentavam a previsível divergência entre a normalidade moral e a normalidade estatística. Todas as sociedades proíbem o crime, mas ele é abundante em todo lugar – perfeitamente normal do ponto de vista estatístico, mas absolutamente anormal da perspectiva legal. Também há a tendência de proibir o suicídio, mas o índice em todos os países persiste de modo significativo ano após ano, embora o suicídio seja a mais pessoal das decisões humanas. A impiedade pode ser valorizada tanto em uma gangue como entre líderes de empresas, mas assumirá formas muito diferentes e será recompensada e punida de maneiras muito distintas.

Nossa programação interna também contribui para tendências diferentes nas normas de cada gênero. Os homens estão mais adaptados a lutar pelo amor e pela glória – consoante sua luta existencial pelo acesso às mulheres, seu papel eminente na guerra com outras tribos e as necessidades da caça. As mulheres estão mais propensas a apresentar habilidades inatas de criação dos filhos e de coleta de alimentos. Contudo, existem diferenças individuais e interculturais gritantes, e está longe de existir um normal fixo no que tange ao comportamento masculino ou feminino.

Assim, pelo menos por enquanto (até o Facebook conseguir homogeneizar o planeta em uma vasta e monótona rede social), o normal é um fogo-fátuo sociológico. Não há norma para o normal.

E FREUD?

Freud era um sujeito muito inteligente que foi superestimado em vida e agora paga o preço de ser bastante subestimado. Seus *insights* quanto às operações da mente em boa parte eram chutes, mas ele fez um gol de placa em sua análise do forte papel das pulsões inatas e inconscientes na condução dos comportamentos diários mais sublimes, e também dos mais terrenos. Deleitava-se em desvendar as semelhanças subjacentes a sonhos, obras de arte ou mitos e sintomas neuróticos e psicóticos dos pacientes psiquiátricos. Usava sonhos para descobrir o significado de sintomas, sintomas para descobrir o significado de mitos, e as fantasias das pessoas que atendia para interpretar Hamlet e Édipo. Literatura e mitologia podiam ser usadas para explicar os pacientes, e as enfermidades destes reciprocamente o ajudavam a explicar a literatura e a mitologia.

O modelo psicanalítico tendia a ser inclusivo, mas havia uma notável exceção: não há lugar nele para a normalidade. Freud destacava que estamos todos no mesmo barco. Não via uma grande diferença qualitativa entre o artista e o lunático, e ambos se pareciam com as pessoas comuns toda noite ao sonhar. Todos nós temos de reprimir impulsos proibidos, que estão sempre prontos para surgir em sonhos, sintomas e obras de arte – somos diferentes apenas no equilíbrio das forças e em seus meios de expressão. Ninguém é completamente normal para Freud; todos são neuróticos e poderiam se beneficiar de mais *insight*. O máximo que qualquer tratamento bem-sucedido pode esperar obter é transformar a tristeza do neurótico na infelicidade cotidiana do ser humano. Não existe o normal, um marcador de linha de corte que afirme a necessidade do tratamento e a hora em que ele deve terminar.¹² O grande paradoxo tácito do processo da psicanálise é que os melhores pacientes são aqueles que nunca precisaram dela de fato.

TAMBÉM NÃO É FÁCIL DEFINIR O ANORMAL

Proteu era o metamórfico deus grego dos mares, espírito familiar das Moiras, que conhecia os segredos do passado, do presente e do futuro. No entanto, era traiçoeiro e relutava em compartilhar seu conhecimento – exceto se alguém fosse capaz de agarrá-lo enquanto dormia e observá-lo executar uma sucessão de metamorfoses rápidas, aterrorizantes e difíceis de conter. Não é tarefa simples segurar um leão feroz que subitamente pode se transformar em água corrente, em um touro furioso ou em qualquer coisa que se possa imaginar. Proteu é a personificação daquilo que é líquido, evasivo, indefinido e mutável – aquilo que desafia uma definição clara.

“Transtorno mental” e “normalidade” são conceitos extremamente proteicos – cada um tão amorfo, heterogêneo e mutável em sua forma que nunca pode-se estabelecer divisas fixas entre eles. As definições de transtorno mental costumam requerer a presença de desconforto, desabilidade, disfunção, descontrole e/ou desvantagem. Isso funciona melhor como aliteração do que como guia operacional. Quanto desconforto, desabilidade, disfunção, descontrole e desvantagem deve haver, e de que tipo?¹³ Analisei dezenas de definições de transtorno mental (e eu mesmo escrevi uma no *DSM-IV*) e não achei nenhuma delas minimamente útil, tanto para determinar que situações devem ou não ser consideradas transtornos quanto para decidir quem está ou não doente.¹⁴⁻¹⁸

Não ter uma definição utilizável de transtorno mental cria um abismo no centro da classificação psiquiátrica que resulta em dois enigmas sem resposta: como decidir que transtornos incluir no manual diagnóstico; e se determinado indivíduo tem um transtorno. A compulsão alimentar já foi considerada um pecado; deve agora ser um distúrbio psiquiátrico? Os lapsos de memória da velhice são uma doença ou somente idade avançada? Fazer sexo com um adolescente é apenas um crime ou também sinal de loucura? Além disso, ao avaliarmos uma pessoa, carecemos de uma definição geral de transtorno mental para nos ajudar a decidir se ela é normal ou uma paciente, louca ou má.¹⁹⁻²⁰

Os transtornos mentais incluídos no *DSM-5* não ganharam seu status oficial mediante um processo racional de eliminação. Entraram no sistema e sobreviveram por necessidade prática, acidente histórico, acréscimo gradual, precedente e inércia – não por terem satisfeito a algum conjunto independente de critérios abstratos e universais.²¹⁻²² Portanto, não é surpresa que os transtornos do manual sejam uma espécie de balaio de gatos, não sendo internamente coerentes ou mutuamente exclusivos. Alguns descrevem

estados efêmeros; outros, traços de personalidade duradouros; alguns refletem extrema infelicidade; outros, mau comportamento; alguns representam problemas pouco ou nunca vistos em pessoas normais, outros são ligeiras acentuações do cotidiano; alguns refletem carência de autocontrole; outros, excesso; alguns são intrínsecos ao indivíduo; outros são determinados pela cultura; alguns começam nos primeiros anos da infância; outros só vêm mais tarde; alguns afetam o pensamento; outros, as emoções, os comportamentos e as relações interpessoais; alguns parecem mais biológicos; outros, mais psicológicos ou sociais; alguns são embasados em milhares de pesquisas; outros, só em um punhado; alguns nitidamente têm seu lugar no *DSM*; outros poderiam ter sido deixados de fora e talvez deveriam ser eliminados; alguns têm definição clara; outros, não; e há complexas permutações de todas essas possíveis diferenças.

Às vezes brinco que a única maneira de definir transtorno mental é “aquilo que os clínicos tratam, os pesquisadores pesquisam, os educadores ensinam e as companhias de seguros pagam”. Infelizmente, essa “definição” prática é maleável, tautológica e potencialmente autocêntrica – seguindo hábitos da prática em vez de guiá-los. Quanto maior o número de clínicos de saúde mental, maior é o número de condições da vida que acabam virando transtornos. Apenas seis distúrbios foram listados no primeiro censo de pacientes mentais, em meados do século XIX. Agora, são em torno de duzentos. A sociedade tem uma capacidade (ou mesmo uma fome) insaciável de aceitar e endossar transtornos mentais recém-cunhados que ajudem a definir e explicar suas preocupações emergentes.

OS TRANSTORNOS MENTAIS SÃO DOENÇAS, MITOS OU OUTRA COISA?

Alguns críticos radicais da psiquiatria se apegaram a suas ambiguidades definitórias para argumentar que a profissão nem deveria existir. Consideram a dificuldade de encontrar uma definição clara de transtorno mental uma prova de que o conceito não tem significado útil – se os transtornos não são enfermidades médicas anatomicamente definidas, devem ser “mitos”, e não há necessidade real de se dar ao trabalho de diagnosticá-los. Essa posição é mais atraente para os libertários, preocupados em preservar a liberdade de escolha do paciente em relação ao que percebem como tocaias

escravizadoras da psiquiatria. Levam “voltar ao normal” ao extremo lógico – a posição extremamente ilógica de que todos são normais.

Essa ladainha só pode ganhar crédito de teóricos de sofá sem experiência real de ter, tratar ou conviver com uma doença mental. Embora difícil de definir, um transtorno psiquiátrico é uma realidade dolorosíssima para quem sofre e para quem ama alguém que sofre dele.²³ Voltar ao normal, conforme uso a expressão, não nega o valor do diagnóstico e do tratamento psiquiátricos. Ao contrário, é um esforço para manter a psiquiatria fazendo o que faz de bom dentro dos limites apropriados. Ambos os extremos são igualmente perigosos – tanto a expansão do conceito de transtorno mental, que elimina o normal, como a do conceito de normalidade, que elimina o transtorno.

A melhor forma de entender a essência do transtorno mental – o que ele é e o que não é – é comparar as marcações de faltas de três árbitros diferentes. A maior parte da epistemologia resume-se a suas opiniões divergentes sobre quanto somos capazes de apreender a realidade.

- Árbitro nº 1:
“Existem faltas e eu as marco conforme são.”
- Árbitro nº 2:
“Existem faltas e eu as marco conforme vejo.”
- Árbitro nº 3:
“Não existem faltas até eu marcá-las.”

O árbitro nº 1 acredita que os transtornos são “doenças” reais. O árbitro nº 3, que são “mitos” fantasiosos. Já o árbitro nº 2 acredita que são algo no meio do caminho – constructos úteis que fornecem não mais (porém não menos) que um palpite sensato sobre como categorizar o desconforto psiquiátrico.

O árbitro nº 1 tem grande fé em nossa capacidade de detectar a verdadeira essência das coisas. Para ele, os transtornos mentais logo revelarão seus segredos pelo estudo científico. Esse otimismo foi compartilhado pela maioria dos psiquiatras biológicos até cerca de 15 anos atrás, mas, exceto por alguns resistentes, hoje se encontra em rápido declínio. Bilhões de dólares em pesquisas não geraram provas convincentes de que qualquer transtorno mental seja uma entidade mórbida distinta com uma causa unitária.²⁴⁻²⁶ Dezenas de genes candidatos foram “descobertos”,

mas, em estudos de acompanhamento, todos eles mostraram ser apenas ouro de tolo. Transtornos mentais são demasiado heterogêneos em apresentação e causalidade para serem considerados doenças simples. Em vez disso, cada transtorno que atualmente temos definido acabará provando ser várias enfermidades diferentes. Ao menos por ora, o árbitro nº 1 foi expulso de campo.²⁷⁻²⁹

O árbitro nº 3 apresenta a visão oposta: a dúvida cética e solipsística de que o homem um dia consiga agarrar a realidade proteica e saber as coisas como efetivamente são. Ele argumentaria que os transtornos mentais não passam de “mitos” arbitrários e às vezes nocivos, que restringem de forma injusta a liberdade dos pacientes psiquiátricos. Preocupa-se com a avalanche que poderia acabar se estendendo a outros grupos vulneráveis.³⁰ De fato, existe motivo para esse temor – vem-se abusando dos diagnósticos psiquiátricos em favor da prisão preventiva de estupradores nos Estados Unidos e de camponeses que protestam contra a corrupção na China; no passado, esses diagnósticos já foram usados como desculpa para internar dissidentes políticos na União Soviética.

Evidentemente, é imperativo nos protegermos do mau uso da psiquiatria a serviço dos senhores da lei ou da política – mas o árbitro nº 3 vai longe demais. Transtornos mentais não são mitos. Embora não seja uma “entidade mórbida” distinta (como, digamos, um tumor no cérebro ou um derrame), a esquizofrenia causa uma profunda e duradoura “morbidez” – isto é, desconforto e incapacidade. Seus padrões de apresentação são claramente reconhecíveis, podem ser diagnosticados de maneira confiável, têm correlatos na neuroimagem e curso predeterminado, são de caráter genético e respondem a tratamentos específicos. A esquizofrenia é bastante real para as pessoas que sofrem dela e seus entes queridos, não é uma invenção psiquiátrica.

O árbitro nº 2 é o que melhor compreende a evasão da realidade, paradoxalmente por entender e aceitar que só podemos conhecê-la em parte. Claro, a realidade é “proteica” – muda de forma a todo momento e é difícil segurá-la. Sem dúvida há uma enorme lacuna entre as coisas como de fato são e como as percebemos – e não só na psiquiatria. Apenas 4% do universo que conhecemos pode ser detectado de maneira direta pelos sentidos – o resto de sua energia e de sua matéria permanece “no escuro” para nós. O mundo quântico é tão estranhamente discordante do nosso que nem os físicos, capazes de prever cada característica sua por meio da matemática,

encontram uma forma intuitiva de decifrá-lo. E como a luz pode ser uma onda que de repente se transforma em uma partícula quando resolvemos olhar para ela de determinado modo.

A evasão da realidade não desencoraja o árbitro nº 2. Não é necessário perceber ou entender plenamente a natureza subjacente a nosso mundo para lidar bem com ele. Nossos sentidos e poderes de raciocínio evoluíram como o fizeram porque funcionam muito bem na tarefa diária, e não filosófica, da sobrevivência. Os constructos mentais da realidade são maneiras imperfeitas, mas indispensáveis, de organizar os fenômenos do mundo que, sem eles, seriam desnorteantes.

O árbitro nº 2 “marca conforme vê”. Os transtornos mentais não são enfermidades reais como pretenderia o árbitro nº 1, mas tampouco são os mitos perigosos temidos pelo árbitro nº 3. Ao contrário destes, o árbitro nº 2 segue uma variedade realista de pragmatismo utilitário. Seu olhar aguçado se fixa naquilo que funciona melhor – não é desviado pelo reducionismo biológico ou pela dúvida racionalista. Ele aceita o fato de que estamos o tempo todo construindo percepções e descobrindo significados temporários que são úteis, mas nunca totalmente acurados. Nossa classificação dos transtornos mentais não passa de uma coleção de constructos falíveis e limitados que busca, porém jamais encontra, a verdade – mas essa continua sendo a melhor forma que temos de comunicá-los, tratá-los e pesquisá-los.

A esquizofrenia é um constructo útil – não um mito, nem uma doença. É uma descrição de um conjunto particular de problemas psiquiátricos, não uma explicação de sua causa. Um dia teremos uma compreensão muito mais acurada e maneiras mais precisas de descrever esses mesmos problemas. Por ora, no entanto, a esquizofrenia é muito valiosa em nosso trabalho diário. Assim como os outros transtornos do *DSM*. É bom conhecer e utilizar as definições do manual, mas não reificá-las ou venerá-las.³¹⁻³²

DEFININDO O TRANSTORNO MUNDO AFORA

E quanto às lentes da cultura e seu potencial deformador? Os transtornos mentais apresentam-se da mesma forma em todo lugar ou cada cultura necessita de seu próprio sistema diagnóstico? A resposta parece ser que geralmente há um modelo único que serve a quase todas. Embora o

comportamento “normal” seja variável conforme a cultura, os transtornos mentais específicos são bastante uniformes. Demência, psicose, mania, depressão, ataques de pânico, ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo e os transtornos de personalidade foram descritos em todas as eras e lugares, e hoje encontram-se em estudos epidemiológicos onde quer que estes sejam conduzidos. Quando os índices de um transtorno diferem (isto é, a esquizofrenia ser mais diagnosticada em negros nos Estados Unidos), é em decorrência de um viés ou de pontos cegos culturais dos classificadores, e não de diferenças reais nos pacientes que estão sendo classificados.³³

Atualmente, existem dois sistemas de diagnóstico usados simultaneamente no mundo: o *DSM-5*, traduzido para mais de vinte idiomas, e a *CID-10* (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde), desenvolvida pela OMS e traduzida para 42 idiomas.³⁴ Na verdade, são bastante similares, o que não é surpresa, já que são parentes próximos. Não passam de pequenas modificações do mesmo antecessor (o *DSM-III*), foram preparados ao mesmo tempo e com alguns esforços para alcançarem harmonia. Assim como entre irmãos, há rivalidade entre os dois sistemas. Os *DSMs* até o momento têm sido mais influentes, porém serão necessários vários anos para que possamos julgar se o *DSM-5* ou a *CID-11* (cuja publicação deve ocorrer por volta de 2018) vencerá a próxima etapa da competição. Por ora, os méritos relativos do *DSM* e da *CID* são bastante óbvios – o primeiro é utilizado com muito mais frequência em pesquisa, ambos praticamente se equivalem no trabalho clínico em países desenvolvidos, e a *CID* funciona melhor quando um sistema mais simples é necessário no mundo em desenvolvimento.³⁵

A pergunta mais fascinante é: por que os dois sistemas diagnósticos alcançaram essa aplicabilidade universal em todas as raças e culturas do mundo? Fica claro que nós, humanos, somos mais parecidos do que diferentes, lembrando muito uns aos outros nas questões importantes para a definição de normalidade e de transtorno mental.

Não há diferenças raciais de causa genética no transtorno mental. Como pode haver tal uniformidade? Comparados a outras espécies, temos um *pool* genético notavelmente homogêneo. Indícios genéticos e geológicos convergem para a teoria de que 70 mil anos atrás aconteceu uma catastrófica mortandade de pessoas causada por uma megaerupção vulcânica onde hoje é a Indonésia.³⁶ Nossa espécie quase foi dizimada pela prolongada mudança climática, e a maioria de nós é descendente dos poucos milhares de casais

que sobreviveram e procriaram. Diferenças raciais, a despeito de todo o tumulto que provocam, são superficiais, de safra recente e resultam em relativamente poucas diferenças na forma de expressão de problemas médicos e mentais.

A cultura exerce um papel muito maior, mas influencia apenas a superfície. Transtornos psicóticos e sintomas físicos breves manifestam-se com muito mais frequência nas regiões mais pobres do planeta; já a anorexia nervosa e o déficit de atenção, nas mais ricas. Ao diagnosticar e tratar, é crucial ter sensibilidade para as diferenças culturais, mas elas não são grandes a ponto de exigir sistemas diagnósticos distintos em cada parte do mundo. De modo geral, os seres humanos apresentam tantas semelhanças genéticas e culturais que um sistema diagnóstico (seja o *DSM* ou a *CID*) é elástico o bastante para abranger todas as possibilidades.

DEFININDO OS TRANSTORNOS MENTAIS INDIVIDUALMENTE

A má notícia de que não podemos desenvolver uma definição útil para o conceito geral de “transtorno mental” é compensada pela ótima notícia de que podemos definir com bom grau de facilidade cada um dos transtornos específicos. O método, apresentado pelo *DSM-III* em 1980, é simples e eficaz. A descrição de cada transtorno do manual é acompanhada por um conjunto de critérios que enumera em termos bastante precisos quais sintomas o definem, quantos devem estar presentes e a duração necessária. Por exemplo, um episódio depressivo maior é determinado por cinco ou mais dos seguintes sintomas, apresentando-se juntos durante mais de duas semanas e causando desconforto ou incapacitação clinicamente significativos: humor depressivo, perda de interesse, redução do apetite, alterações no sono, fadiga, agitação, culpa, pensamentos conturbados e sentimentos suicidas. Clínicos em todo o mundo usam essa definição como consenso há mais de trinta anos. A depressão clínica não é diagnosticada se houver somente quatro em vez de cinco desses sintomas, se eles estiverem presentes apenas por uma semana, e não duas, ou se a incapacitação provocada não for tão grande. Existem cerca de duzentos conjuntos de critérios no *DSM* – um para cada transtorno. Eles estabelecem as fronteiras que separam os distúrbios uns dos outros e da normalidade. Cada conjunto traz os sintomas que definem aquele transtorno em particular (do pânico, de

ansiedade generalizada, obsessivo-compulsivo, do déficit de atenção, autismo etc.) e o limiar necessário. Quando os critérios são seguidos, chega-se a um grau razoável de acordo. Sem eles, o grau é baixo. Cada clínico se torna uma lei para si mesmo, e o resultado é uma confusa babel de vozes conflitantes e idiossincráticas.

Mas há um empecilho. As fronteiras que demarcam os diferentes transtornos são sempre muito mais opacas na vida real do que parecem no papel. Não há nada de mágico ou predeterminado em nenhum limiar do *DSM* – existem vários tons de cinza entre o aparente preto e branco de seus pontos de corte. Requerer cinco sintomas e duas semanas para o transtorno depressivo maior deriva de uma escolha bastante arbitrária, e não de uma necessidade científica. Com a mesma facilidade, os pontos poderiam ter sido estabelecidos em um patamar mais elevado – digamos, seis sintomas e quatro semanas. Com um limiar mais exigente, perderíamos em “sensibilidade” (deixando passar, assim, algumas pessoas que necessitassem de diagnóstico), mas ganharíamos em “especificidade” (cometendo menos equívocos ao rotular pessoas normais). Sensibilidade e especificidade estão reciprocamente entrelaçadas – não se pode salvar uma sem ferir a outra. Há entre ambas uma troca inevitável que requer um equilíbrio dos riscos e benefícios do sobrediagnóstico e do subdiagnóstico. A decisão final de onde estabelecer o limite é sempre particular. A pesquisa nunca traz uma resposta clara e convincente que dê preferência à escolha de um determinado limiar sobre outras possibilidades.

Uma vez que o conjunto de critérios é estabelecido, deve haver boas razões para alterá-lo, caso contrário o sistema não apenas será arbitrário, mas também incoerente e confuso. Todavia, isso gera um problema. Muitos de nossos limiares e categorias atuais foram criados há 35 anos, quando alcançar a sensibilidade era o objetivo mais importante – uma quantidade excessiva de pessoas que precisavam de diagnóstico era ignorada. Hoje, as circunstâncias mudaram drasticamente, e a falta de especificidade é a grande questão. Antes do *DSM-III*, havia pouquíssimos diagnósticos – agora, devido à inflação diagnóstica, há demasiados. Elevar os limiares de gravidade e duração ajudaria a nos levar de volta ao normal e a curar o exagero de diagnósticos, mas provocaria instabilidade e reduziria a sensibilidade. Não se pode agradar a gregos e troianos.

O método de definição de transtornos por conjuntos de critérios tem outro grupo de trocas difíceis de equilibrar – aquele entre a “confiabilidade” e a

“validade”. A primeira quer dizer concordância e coerência – se clínicos diferentes que atendam ao mesmo paciente chegarão ao mesmo diagnóstico. A segunda quer dizer verdade – se o diagnóstico revelará o que se quer saber. Idealmente, é claro, a definição de um transtorno seria as duas coisas: tanto confiável como válida. Mas, para se atingir a meta da confiabilidade, os sintomas definidores devem ser extremamente simples, óbvios e se generalizar com facilidade entre as pessoas com aquele transtorno. Se o conjunto de critérios incluir itens inferenciais ou complicados, clínicos diferentes não concordarão quanto a sua presença. Cultuando a confiabilidade, os critérios do *DSM* são os mais simples possíveis – um catálogo apenas daquilo que é mais superficial e comum nos transtornos mentais. Foi preciso fazer essa escolha, mas ela necessariamente compromete a validade – restringir-nos ao simples cega-nos às sutilezas, às nuances e à variabilidade individual. Muito se perde entre a rica diversidade de experiências individuais de depressão e o insosso conjunto de cinco entre nove critérios escolhidos para defini-la. Ao descrever as características comuns àqueles que preenchem os critérios de determinado transtorno mental, as definições do *DSM* têm de encobrir individualidades e diferenças. Elas não incluem fatores pessoais e contextuais; por exemplo, se os sintomas depressivos são uma reação compreensível a uma perda, a uma terrível situação de vida, a um conflito psicológico ou a traços de personalidade.

O *DSM* tem de manter a simplicidade, mas a psiquiatria, não. Os diagnósticos do manual deveriam ser vistos como uma pequena parte de uma avaliação geral que também abrangeria os aspectos mais intrincados e individuais de cada paciente. Infelizmente, sua abordagem tem sido influente demais – dominando o campo de uma forma que nunca pretendemos. As nuances da psiquiatria transformaram-se em uma lista de checagem, homogeneizando as diferenças individuais e os tratamentos personalizados. A psiquiatria, outrora muito idiossincrática e caótica, tornou-se muito padronizada e simplista. Os programas de ensino dão atenção excessiva aos diagnósticos e insuficiente à compreensão do paciente como um todo.³⁷ Esquecem-se da sabedoria de Hipócrates: “É mais importante saber que tipo de pessoa tem uma doença do que saber que tipo de doença uma pessoa tem.” Evidentemente, a melhor prática é estar bem atento aos dois. Os diagnósticos do *DSM* têm um lugar necessário em toda avaliação, mas não são tudo.

Caímos, então, no problema de saber quais critérios selecionar e fazer testes de segurança prévios. Antes de irmos adiante com um conjunto de critérios, o bom senso nos manda auditá-lo em um ensaio de campo. Um *test drive* reduz a incerteza quanto ao desempenho, diminuindo o risco de surpresas desagradáveis e os perigos de modismos indesejados. A ideia é fazer com que a nova definição seja testada por clínicos sob condições que se aproximem da vida real. Se tiver boa performance, a proposta se torna oficial; caso contrário, é revisada ou descartada. Mas há outro empecilho. Na realidade, vários empecilhos diferentes.

Em primeiro lugar, até o melhor ensaio de campo é realizado no presente e não é capaz de prever totalmente o futuro. A cuidadosa descrição do déficit de atenção do *DSM-IV* previa que as mudanças propostas causariam um aumento de apenas 15% nos índices. Provavelmente foi uma estimativa bastante precisa dada a realidade da época em que os dados foram coletados, no início da década de 1990. Não tínhamos como adivinhar a abrupta alteração que ocorreria nessa realidade em 1997, quando os fabricantes de remédios puseram no mercado novos e caros medicamentos para o TDA e, ao mesmo tempo, foram liberados para divulgá-los diretamente a pais e professores. Logo a venda do TDAH como diagnóstico estava aparecendo em todas as revistas, na tela da TV e nos escritórios pediátricos – uma inesperada epidemia surgiu, e os índices do transtorno triplicaram.

Em seguida, há o problema da generalização. O melhor cenário para ensaios de campo seriam os consultórios dos psiquiatras clínicos e dos clínicos gerais que de fato receitam a maioria dos medicamentos. No entanto, por ser mais fácil, os testes são realizados em amostras coletadas, por conveniência, de clínicas de pesquisa universitárias, que são muito diferentes dos lugares onde se dará o maior grau de mau uso. Os resultados gerados nesses ambientes enclausurados sempre serão muito melhores do que os obtidos no turbilhão do mundo real. Existe ainda o efeito deformador da observação. Por natureza, é impossível aprender tudo sobre um elétron porque o ato de observá-lo altera seu impulso. De maneira análoga, o ato de observar a prática diagnóstica corriqueira a distorce, de forma que ela deixa de ser corriqueira. A seleção e o treinamento dos clínicos, bem como sua atenção focada, fazem deles melhores diagnosticadores dentro de um contexto de pesquisa do que fora dele.

A seleção de pacientes em um ensaio de campo também causa um aumento artificial de confiabilidade. Na vida real, fazer um diagnóstico é como achar uma agulha em um palheiro, com centenas de possibilidades. Em resumo: ensaios de campo são absolutamente necessários, porém extremamente falíveis. Novas sugestões terão resultados muito melhores no ensaio do que na vida real. Possíveis maus usos no futuro podem ser inteiramente indetectáveis e imprevisíveis. Na melhor das hipóteses, os ensaios ajudarão a evitar alguns, mas decerto não todos os eventuais pontos problemáticos.

Uma última questão interessante: deveríamos usar nomes ou números ao definir transtornos mentais? O sistema do *DSM* utiliza apenas nomes. Já os psicólogos desenvolveram milhares de escalas de classificação numéricas. Qual é o melhor? Como na maioria das situações, não há uma resposta certa – depende do propósito. Números são muito mais acurados que nomes – é por isso que os utilizamos para medir altura, peso, Q.I. e comprimento de ondas em física. Ao descrever o lugar de alguém em uma graduação, é muito mais preciso dar um número do que um nome. “Ele tem 1,80m de altura” retém uma informação que se perderia se a descrição fosse reduzida a “Ele é alto”. Computadores adoram números, assim como os pesquisadores que os utilizam.

Contudo, a maioria de nós pensa em nomes, em vez de em números. As pressões evolucionárias moldaram nossa mente para dar nomes simples, e não para fazer minuciosas distinções matemáticas. Somos adaptados a um mundo que exigia uma decisão rápida entre “sim” e “não” – tentar quantificar os predadores muito de perto podia ser fatal. Não é de se surpreender que a estatística como ramo da matemática tenha surgido tão tarde na história – apenas algumas centenas de anos atrás.

Na vida cotidiana, ainda costumamos preferir nomes a números – muito embora eles sejam reconhecidamente inexatos e tenhamos ansiosos computadores prontos para destrinchar os números que lhes dermos. Chamamos uma cor de “vermelho” (em vez de especificar seu comprimento de onda) porque é mais rápido, fácil, claro e em geral atende à necessidade. Um nome vívido, e não uma confusa penca de números, continua sendo muito mais conveniente para a maioria das tarefas e proporciona uma imagem mais clara e prontamente compreensível. Clínicos são pessoas ocupadas que pensaram em nomes em cada passo da vida e durante todo o seu processo de educação. Não seria fácil mudar para números, e os pacientes não os

entenderiam se o fizessem. O diagnóstico dimensional assistido por computador é, sem dúvida, a onda do futuro, mas é prematuro e impossível implementá-lo no presente. Por ora, continuaremos nomeando os transtornos mentais, em vez de numerá-los.

Nos extremos, a distinção entre os que estão completamente bem e os claramente enfermos é óbvia e nem um pouco passível de adulteração. Em contrapartida, manipular a distinção muito mais difusa entre os doentes moderados e os provavelmente sadios é fácil e comum. A maioria das pessoas normais tem, no mínimo, sintomas leves e transitórios (isto é, tristeza, ansiedade, insônia, disfunção sexual, uso de substâncias tóxicas) eventuais que podem ser facilmente confundidos com transtornos mentais. O modelo de negócio da indústria farmacêutica se vale da extensão do âmbito da doença – usa o marketing criativo para expandir seu número de clientes, convencendo os provavelmente sadios de que estão pelo menos levemente enfermos. A promoção da doença é a fina arte de vender problemas psiquiátricos como a forma mais eficaz de empurrar os muito lucrativos comprimidos psiquiátricos. Manipular o mercado é particularmente fácil nos Estados Unidos porque este é o único país em todo o mundo que dá aos fabricantes de remédios a liberdade de anunciar direto aos consumidores.

A promoção da doença não pode ocorrer no vácuo – requer que os fabricantes de remédios atraiam a colaboração ativa dos médicos que fazem as prescrições, dos pacientes que as solicitam, dos pesquisadores que inventam os novos transtornos mentais, dos grupos de consumidores que defendem mais tratamentos, e da mídia e da internet que espalham a notícia. Uma persistente, penetrante e bem-financiada campanha de “conscientização para a doença” pode criar uma enfermidade onde antes não havia nenhuma. E a psiquiatria tem especial vulnerabilidade à manipulação da fronteira entre a normalidade e a doença por carecer de testes biológicos e ser muito dependente de julgamentos subjetivos, que podem se influenciar com facilidade pela astúcia do marketing.

Qualquer empresa é leal acima de tudo aos acionistas e à própria sobrevivência, e não ao bem público. A General Motors vende carros, a Anheuser-Busch vende cerveja, a Apple vende computadores, os cartéis de drogas vendem cocaína e os fabricantes de remédios vendem comprimidos, todos pela mesma razão: gerar o maior lucro possível. Sua rentabilidade depende de aumentar o tamanho do mercado e as margens de lucro em cada venda. Os fabricantes de remédios são máquinas de lucro exemplares devido

a sua habilidade altamente desenvolvida de promover mercadorias e à capacidade de manter o monopólio dos preços. Expandir a inflação diagnóstica é absolutamente imprescindível para o sucesso dessas companhias. A saturação exige o maior alcance demográfico, da criança mais nova ao adulto mais velho. Jogar a rede mais extensa é sempre ótimo para os acionistas, porém muitas vezes ruim para os indivíduos normais mal rotulados, que são submetidos ao uso de medicamentos desnecessários e ao estigma oriundo do diagnóstico falso.

A NORMALIDADE É RESILIENTE OU FRÁGIL?

A resposta é paradoxal: ambos. A resiliência está embutida em todos os aspectos de nosso ser biológico, psicológico e social. Somos programados para funcionar notavelmente bem, mas somos complicados demais para funcionar de maneira perfeita, e podemos enfraquecer a normalidade ao rotular como transtorno mental cada um de nossos defeitos.

O princípio que governa toda forma de vida é a “homeostase” – combinação formada pelos termos gregos *homeo* (“o mesmo”) e *stase* (“estável”) para enfatizar duplamente a busca pelo equilíbrio. Em todos os níveis, de uma única célula à sociedade inteira, a natureza está sempre tentando compensar todas as perturbações e restabelecer a estabilidade para retornar a qualquer que seja a faixa de função normal ou esperada. Sistemas não sobrevivem muito tempo, a menos que consigam atingir a homeostase em face dos desafios e rupturas externos e internos. Cada uma de nossas células é uma fábrica complexa e laboriosa, cuja sobrevivência depende da manutenção do equilíbrio metabólico adequado de milhões de interações químicas. Cada órgão é uma colaboração entre células, e o corpo é uma colaboração entre órgãos, cada um dependente do funcionamento equilibrado de todos os outros. A homeostase é o que mantém a estabilidade da pressão sanguínea, do pulso e da temperatura corporal. Nosso corpo é um prodígio constante de bilhões de trocas.

No âmbito interpessoal, casamentos terminam em divórcio se lhes falta a dádiva homeostática de aparar as arestas dos inevitáveis conflitos. Na política, nações que não conseguem achar o equilíbrio homeostático entre forças antagônicas sofrem com a guerra civil ou entram em colapso. A

homeostase também governa qualquer processo físico ou químico que se encontre em um estado prolongado de estabilidade. Não teríamos nossa confortável casa neste sistema solar se ele não estivesse em um suave estado de harmonia homeostática – um delicado equilíbrio que agora estamos ameaçando com a poluição e a superpopulação.

Qualquer falha da homeostase em um sistema vivo leva ao mau funcionamento, à doença e, por fim (se grave e duradoura o bastante), à morte. Câncer, diabetes, hipertensão, insuficiência cardíaca, obesidade e a maioria das outras enfermidades representam a interrupção dos mecanismos de retroalimentação homeostáticos que normalmente mantêm o equilíbrio do corpo. E todos os tratamentos médicos têm em comum o objetivo de restaurar um equilíbrio interno que se perdeu por causa da doença.

O cérebro humano é a mais grandiosa expressão da homeostase deste mundo. É o principal regulador da maioria das funções corporais e também um mestre em regular a mais complexa de todas as máquinas: ele mesmo. Pensamentos, emoções e comportamentos são resultado de uma coordenação indescritivelmente intrincada de bilhões de células que disparam em uma harmonia perfeita e cuidadosamente sincronizada. Nenhum engenheiro de computação teria a audácia (e muito menos a capacidade) de criar algo tão complexo – muitas coisas poderiam sair errado no meio do caminho. E sem dúvida saem. Todavia, a natureza encontrou os meios de nos fornecer uma programação e um equilíbrio compensatório bons o bastante na maior parte do tempo. A homeostase do cérebro dispõe de recursos e de redundâncias suficientes para reagir aos desafios internos e externos, trazendo-o de volta ao normal e mantendo-nos, em linhas gerais, funcionando dentro dos conformes.

Somos sobreviventes duros na queda – homens e mulheres para o que der e vier, feitos para trabalhar em qualquer clima, comer qualquer alimento imaginável e sobreviver a longos períodos sem comida, travar batalhas e fugir, amar e odiar, sentir uma vasta gama de emoções e manifestar uma impressionante coleção de comportamentos diferentes. Não apenas somos muito parecidos, como também preservamos diferenças individuais especializadas, essenciais para a sobrevivência dos pequenos grupos que suportaram os rigores das últimas centenas de milhares de anos. A tribo precisava do equilíbrio adequado de muitas competências individuais – não daria certo se fossem todos líderes ou todos seguidores, todos guerreiros ou todos pacifistas, se todos fossem paranoicos ou crédulos.

Podemos sentir tristeza, luto, preocupação, raiva, nojo e horror porque todas essas sensações são adaptáveis. Às vezes (em especial como reação a angústias interpessoais, psicológicas e práticas), nossas emoções podem fugir temporariamente do controle e gerar um considerável grau de desconforto ou incapacidade. Mas a homeostase e o tempo são grandes curativos naturais, e a maioria das pessoas resilientemente se ajusta e recupera o equilíbrio normal. Um transtorno psiquiátrico consiste em sintomas e comportamentos que não são autocorrigíveis – uma avaria no processo normal de cura homeostática. A inflação diagnóstica ocorre quando confundimos as perturbações típicas da vida com um verdadeiro transtorno psiquiátrico (que é relativamente incomum, talvez afetando de 5% a 10% da população em qualquer época).

Transtornos mentais deveriam ser diagnosticados apenas quando a manifestação fosse nítida, severa, e claramente não passasse por conta própria. A melhor forma de lidar com os problemas da vida diária é resolvê-los de maneira direta ou esperar que vão embora, em vez de medicalizá-los com um diagnóstico psiquiátrico ou tratá-los com um comprimido. Recorrer de modo prematuro a medicamentos provoca um curto-circuito nos caminhos tradicionais da cura natural e renovadora – buscar o apoio da família, dos amigos e da comunidade; fazer as mudanças necessárias na vida, descarregar o excesso de estresse; dedicar-se a hobbies e interesses, aos exercícios, ao descanso, às distrações, à mudança de ritmo. Superar problemas sozinho normaliza a situação, ensina novas habilidades e traz o indivíduo para perto daqueles que o ajudaram. Tomar um remédio o rotula como diferente e enfermo, mesmo que ele não o seja de fato. A medicação é essencial quando necessária para restabelecer a homeostase naqueles que sofrem de um transtorno psiquiátrico real. E interfere na homeostase daqueles que sofrem de problemas cotidianos.

Um estudo que fizemos 25 anos atrás ensinou-me uma lição inesquecível sobre a resiliência humana. Foi no auge da epidemia de aids e antes de surgir qualquer tratamento eficaz. Um resultado de HIV positivo era o equivalente a uma sentença de morte – e uma morte muito sofrida, naquela época. Descobrimos que homens que tiveram esse resultado apresentaram imediatamente um grande salto nas medições de tristeza e ansiedade – o que não é surpresa, dadas as implicações fatais do teste. Já os que tiveram resultado negativo tiveram uma redução menor, mas ainda significativa, nas mesmas medições – mais uma vez, não é de se surpreender que tenham

sentido um grande alívio. Realmente espantosas foram as pontuações de seis semanas depois. Ambos os grupos haviam retornado praticamente ao estágio inicial – os soropositivos estavam lidando de forma resiliente com a terrível notícia, ao passo que os soronegativos não demonstraram uma elevação de humor permanente com a maravilhosa novidade. A homeostase havia trazido ambos os grupos de volta ao ponto de partida. Se tivéssemos recorrido logo à medicação para tratar os dolorosos sintomas dos primeiros, teríamos interferido em sua cura natural e dado a eles um fardo além do que já carregavam. A lição é clara: acreditamos demais nos comprimidos e confiamos muito pouco na resiliência, no tempo e na homeostase.

O NORMAL É DIFUSO E, PORTANTO, FRÁGIL

“Normal” e “transtorno mental” revelam-se frustrantemente esquivos – por natureza incapazes de qualquer definição clara e precisa. O âmbito do normal tem diminuído com rapidez à medida que uma psiquiatria em expansão se estende com facilidade ao longo de sua elástica fronteira. As pirraças do meu filho são parte do crescimento ou um primeiro sinal de transtorno bipolar? A falta de atenção da minha filha na escola significa que ela tem transtorno do déficit de atenção ou apenas que é muito inteligente e não tem paciência para as coisas chatas que ensinam? Devo ficar feliz com o interesse precoce do meu filho em foguetes e ficção científica ou me preocupar com a chance de ele ser autista? Estou sentindo preocupações e descontentamento compreensíveis ou é transtorno de ansiedade generalizada? Se não me lembro de um rosto ou de um acontecimento, quer dizer que o Alzheimer está se aproximando? O luto é um sinal útil, inevitável e pungente de minha tristeza ou um transtorno depressivo maior? Minha filha adolescente é uma pessoa criativa e excêntrica ou uma futura psicótica que necessita de um remédio perigoso? Tiger Woods é um paciente mental ou um mulherengo? Um estuprador brutal é simplesmente mau ou é possível que seja louco? Todos nós temos sintomas psiquiátricos brandos e passageiros de quando em quando – isso significa que estamos todos flertando com a doença mental?

Perguntas acerca do normal e do que causa o anormal têm nos acompanhado desde os primórdios da humanidade. Nossos ancestrais encontraram respostas criativas que faziam sentido para eles na época. Hoje,

algumas parecem brilhantemente intuitivas, outras estapafúrdias, e algumas eram definitivamente diabólicas. Um rápido desvio rumo a esse passado nos ajudará a entender o presente e a evitar cometer erros no futuro.

CAPÍTULO 2

DO XAMÃ AO PSIQUIATRA

A história não se repete, mas certamente rima.

MARK TWAIN

O homem é o animal que nomeia – não conseguimos deixar de pôr um rótulo em tudo o que vemos. Essa é nossa dádiva especial, e às vezes nossa maldição, desde o Gênesis, quando Adão estabeleceu o domínio sobre as plantas e os animais pelo simples ato de nomeá-los.¹ A abundância diagnóstica está embutida em nosso DNA. Temos uma forte necessidade de identificar padrões – distinguir o leão do cordeiro, o alimento do veneno, o amigo do inimigo.

Quase igualmente importante era o diagnóstico psiquiátrico. O comportamento anormal sempre ameaçou nossa sobrevivência porque somos extremamente dependentes da harmonia tribal. Precisamos de um nome e de uma explicação como forma de obter controle sobre ações que ponham em risco o indivíduo e o grupo social (seja na savana, seja no escritório). Rotular era e continua sendo uma importante maneira de reduzir a incerteza e dar um senso (muitas vezes falso) de domínio. Encontrar padrões ajuda a separar experiências desordenadas em unidades administráveis – ter um nome ou uma explicação inexatos ou incorretos para o transtorno mental é melhor do que não ter nenhum.

E o homem não se satisfaz com a mera nomeação. Os próximos passos naturais são agrupar os nomes em categorias, as categorias em uma classificação e, por fim, tentar encontrar uma explicação para as coisas se dividirem de determinada forma. É claro que as explicações específicas tiveram uma grande variação ao longo do tempo. Antigamente, eram de natureza religiosa ou folclórica. Hoje, as mesmas curiosidade e necessidade

de ordem movem nossa busca pela compreensão científica. O que hoje soa como mitos fantasiosos um dia foi a melhor ciência da época, e a melhor ciência atual será ela mesma, em um futuro não muito distante, vista como nada além de mitos fantasiosos.

A rotulação do transtorno mental evoluiu com o tempo porque a lente da atenção cultural destaca a figura do fundo de várias maneiras diferentes. Vemos elefantes em nuvens se os procuramos, mas poderíamos igualmente ver baleias ou coelhos se estes se encaixassem melhor em nossas pré-concepções – a nuvem não tem de mudar para vermos formatos diferentes nela. O diagnóstico psiquiátrico consiste em ver algo que existe, mas com um padrão moldado pelo que esperamos ver. Como não há uma forma correta, prevalecem as tendências do momento. Um antigo xamã tinha nomes e explicações diferentes, mas estes funcionavam quase tão bem para ele quanto os atuais funcionam para um psiquiatra moderno. Entender nossos métodos de diagnóstico psiquiátrico requer um breve estudo de como chegamos lá.

O XAMÃ E O MUNDO DOS ESPÍRITOS

A psiquiatria parece um ofício recente, com não mais de duzentos anos de existência, mas não seria errado dizer que é o mais antigo do mundo. Diagnosticar e cuidar dos doentes mentais fazia parte da função do xamã, ou homem da medicina. Ele (muitas vezes ela) era o profissional mais bem remunerado da tribo, o único membro a ter um papel especializado fora da ronda de caça e colheita. Enquanto todos os outros saíam para procurar alimento, o xamã tinha de permanecer em casa cuidando dos doentes, usando sua mágica para avaliar as causas e aplicar a cura para sintomas mentais e físicos.

É claro que, para se sustentar, ele também precisava realizar muitas outras tarefas. A palavra “xamã” significa “aquele que sabe”, e ele tinha de saber muito. Era quem mantinha o mundo em equilíbrio e o alimento em abundância. Era capaz de revelar o passado e prever o futuro. Memorizava as histórias que contavam como a Terra começou e a tribo nasceu. Possuía os objetos sagrados e podia encontrar plantas medicinais mágicas. Conduzia os rituais. O xamã era homem da medicina, médium espiritual, juiz,

intelectual e *showman*. Tinha de dançar conforme a música da tribo, muitas vezes literalmente, para garantir seu sustento.²

No entanto, a psiquiatria sempre representou grande parte das atividades do xamã. Somos animais sociais cuja sobrevivência depende totalmente de boas relações e de coesão grupal. A conduta anormal constitui uma ameaça não só para o indivíduo; é também um perigo claro e presente para o futuro da tribo. Emergências psiquiátricas devem ser identificadas, compreendidas, tratadas e curadas com rapidez. O xamã dispunha de todas as ferramentas para definir a anormalidade e lidar com ela. Sabia diagnosticar o transtorno mental, explicar sua origem e mitigá-lo.

Os diagnósticos mais populares invocavam espíritos malévolos, maldições perversas ou a quebra de tabus. O tratamento requeria ingressar no mundo dos espíritos com um transe, uma busca da visão ou uma elaboração onírica, talvez facilitados por um cogumelo alucinógeno ou uma planta psicodélica. Rituais de cura envolviam canto, dança, jejum, suor e privação de sono. O xamã convidava o paciente a deixar o mundo cotidiano e a adentrar temporariamente seu círculo mágico. Eles combatiam ou tentavam dissuadir os espíritos até que chegassem a um acordo para que tudo voltasse a ficar bem. O xamã tinha grande autoridade e poder de cura.³ A crença mágica e a sugestão podem ser muito eficazes. Mas, além do abracadabra, ele tinha bom senso prático, conhecimento da natureza humana, e plantas medicinais. A cura era dispendiosa, e o xamã era a pessoa mais rica da tribo.

OS SACERDOTES E OS DEUSES

A domesticação de plantas e animais nos últimos dez mil anos deu ao homem um controle maior sobre a natureza e uma noção maior de seu lugar nela. O animismo natural nunca desapareceu por completo, mas foi parcialmente substituído pelo nascimento de um panteão de deuses que, embora dotados de imortalidade e de poderes extraordinários, pareciam falar e agir assim como você e eu. Entre os agricultores, o xamã era tão obsoleto quanto o ferreiro é hoje, sendo trocado por um novo profissional – o sacerdote (ou sacerdotisa). As funções eram muito diferentes em alguns aspectos, mas semelhantes em outros. O xamã era um intermediário com o mundo dos

espíritos. O sacerdote tornou-se o intermediário entre o homem e os deuses, conservando os poderes espirituais mágicos do outro, mas aumentando-os com a autoridade divina. O xamã era itinerante e tratava as pessoas onde quer que a tribo estivesse naquele dia em sua ronda de migração nômade – os espíritos viviam em qualquer lugar. Embora relativamente abastado, podia carregar nas costas todas as posses que conquistara na vida. Em contrapartida, o sacerdote era sedentário e trabalhava num grande templo que ficava em solo consagrado pelos deuses, em geral próximo a uma fonte de água sagrada e purificadora. De acordo com a sobrepujante fortuna de uma próspera sociedade agrícola, muitos desses templos eram elegantes instalações que continham spas, uma biblioteca, um ginásio e um teatro.

Contudo, nos aspectos fundamentais, a função do sacerdote era igual à do xamã: manter os deuses contentes e o mundo em equilíbrio, repelir punições catastróficas, trazer o alimento e cuidar dos enfermos, entre os quais havia muitos com problemas que descreveríamos como transtornos mentais. O sacerdote passava muito de seu tempo atuando como um psiquiatra.

A mitologia grega é repleta de insanidade, prova clara de que o transtorno mental sempre nos intrigou. Qualquer atitude do homem que parecesse extrema (fosse excedendo, fosse deixando de cumprir expectativas) era atribuída à ação de uma divindade. Quando um herói cometia alguma loucura, e muitos o faziam, o diagnóstico-padrão era: “A deusa o levou a isso.” Em tempos mais remotos, o comportamento anormal era imputado à deusa chamada, muito adequadamente, Mania – uma figura demoníaca primitiva que existia antes dos homens e cuja função era fazê-los perder a cabeça. Mais tarde, os familiares deuses e (com mais frequência) deusas do Olimpo entraram em ação – sendo a ciumenta Hera a mais enlouquecedora.

Por que as deusas eram tão propensas a enlouquecer os homens? Os direitos da mulher sofreram um duro golpe quando a agricultura e a criação de animais substituíram a caça e a colheita. As novas relações de poder e propriedade favoreceram muito os patriarcas e suas divindades masculinas, relegando as mulheres ao papel de mobília doméstica. As vingativas deusas representavam as temidas forças suprimidas com a tomada do poder pelos homens. A ira divina era uma ótima desculpa para o mau comportamento (geralmente masculino). A loucura era um castigo, mas também uma forma de descarregar a responsabilidade – o diagnóstico tanto explicava o comportamento desviante como o desculpava. Se Hércules demonstra uma

destrutividade homicida, deve ser Hera punindo sua húbris e impiedade. Se Ájax mata seu rebanho irracionalmente, deve ser Atena desorientando sua fúria invejosa.

Dádivas especiais também estavam ligadas à insanidade – a inspiração divina tem um preço. Cassandra e a sacerdotisa de Delfos podem ver o futuro, mas estão condenadas à loucura no presente. As Musas com frequência trazem o desvario em sua poesia. O culto a Dioniso envolvia o abuso de substâncias tóxicas. Vinho, sexo e frenesi religioso eram formas de provocar estados voluntários de desatino que levavam a pessoa temporariamente para longe da normalidade cotidiana e para mais perto dos deuses. Os normais também podiam fingir loucura: Ulisses o fez sem êxito para fugir do serviço militar em Troia; o rei Davi, para salvar a própria vida.

Os deuses eram ciumentos, caprichosos e definitivamente tinham seus favoritos. As regras eram obscuras e injustas. Era preciso um sacerdote para ensinar como mantê-los a seu lado e fora de sua cabeça. Ele exercia a autoridade conferida por crenças sagradas, orações, rituais mágicos e um grandioso templo. No século VIII a.C. (na mesma época em que Homero estava compilando seus cantos de Troia), o primeiro templo medicinal foi dedicado ao culto de Esculápio, deus da cura. Esculápio é reconhecido por seu característico bastão com uma serpente enroscada, que permanece como o símbolo da medicina. A capacidade de trocar de pele fez do réptil um fantástico modelo de imortalidade e cura – espécimes inofensivos eram deixados em grande número à solta na área dos templos. O culto prosperava. Logo, trezentos locais dedicados a Esculápio foram consagrados em toda a Grécia antiga, em geral situados em locais remotos e belos, onde havia uma fonte sagrada ou vista para as montanhas, às vezes ambos. Durante mil anos a instituição gozou de intensa popularidade e notável eficácia. Os romanos adotaram e levaram templos de cura aos domínios do império. Os *asclepieia* eram multiúso: templo, hospital, hotel, spa, resort, centro de entretenimento e escola de medicina – uma combinação de Lourdes, Mayo Clinic e Ritz-Carlton. O acesso a eles requeria uma extensa e difícil peregrinação, impossível para quem sofria de doenças médicas ou psiquiátricas severas. É provável que esses locais tratassem pacientes que apresentavam uma combinação de sintomas físicos e emocionais mais brandos, não muito diferentes de diversos pacientes vistos nos consultórios dos clínicos-gerais

de hoje. Os peregrinos provavam, com a longa jornada, que estavam muito motivados em busca da melhora e que acreditavam profundamente na cura.

Os sacerdotes haviam desenvolvido uma nova teoria de doença mental, um novo sistema de diagnóstico e um novo tratamento. A teoria era a visita de deuses furiosos ou ciumentos. O procedimento de diagnóstico, chamado de “incubação”, exigia um encontro da mente com o deus. Uma vez purificado, o peregrino ganhava o privilégio de dormir próximo ao altar do deus, no aposento mais sagrado do templo. Esperava-se que tivesse visões ou sonhos reveladores que sinalizassem uma bem-sucedida visita divina. O deus podia fazer sua mensagem clara e proporcionar um sonho nítido ou permanecer obscuro em um sonho confuso. Os templos forneciam um tratamento que antecipava aspectos da psicanálise. O sacerdote, vestindo uma túnica e carregando o bastão de Esculápio, ficava a postos para assistir com uma interpretação especializada. Ajudava a pessoa a descobrir o significado do sonho – decifrando a mensagem do deus acerca da natureza da enfermidade, sua causa e os passos necessários para aplacar as forças divinas. Se o indivíduo não conseguisse ter um sonho ou visão por conta própria, ou estivesse muito doente ou ocupado para fazer a viagem, havia sonhadores profissionais que faziam incubação por encomenda em nome dele.

A experiência completa também incluía outras atrações mágicas e práticas. Havia rituais, orações, encantamentos e sacrifícios destinados a agradar aos deuses. O sacerdote era ainda especializado em psicoterapia, aconselhamento e plantas medicinais. Cirurgias também eram realizadas conforme a necessidade. Além disso, eram oferecidos serviços de ginástica e spa, dicas de dieta, oportunidades de estímulo intelectual na biblioteca e diversão no teatro. E também vinho. Os altos índices de cura não eram de se surpreender. Esperava-se que o paciente contribuísse com uma generosa oferta de agradecimento ao deus. Entre muitas outras, uma tabuleta que documentava a cura milagrosa era preparada e exibida em posição de destaque. A divulgação era boa para o negócio do templo e elevava o prestígio de seus poderes curativos.⁴ O templo de cura sobrevive hoje em três formas muito diferentes: locais sagrados de peregrinação moderna em busca da cura pela fé; spas seculares que promovem a saúde natural mediante a exposição ao exercício, à dieta e à beleza; e os centros médicos modernos.

HIPÓCRATES: O PAI DA MEDICINA (APROX. 460 A.C. – APROX. 370 A.C.)

Uma compreensão religiosa do mundo sempre foi (e provavelmente sempre será) o maior conforto do homem na tentativa de se adaptar às incertezas e dificuldades. A crença no sobrenatural, de uma espécie ou de outra, dominou a maioria das épocas e dos lugares. No entanto, os gregos, a partir do século VII a.C., desenvolveram um modelo alternativo e secular para explicar como o mundo funciona e por que adoecemos. Chamaram-no de filosofia natural; nós o chamamos de ciência. Esse novo método tem um grande poder explanatório e cria sua própria forma de assombro e beleza. A adoração a forças sobrenaturais ocultas foi substituída pela observação rigorosa do mundo natural e pelo raciocínio cuidadoso acerca dos princípios subjacentes que governam sua operação.

Os gregos não estavam trabalhando no vácuo. Sintetizaram a considerável base científica das culturas babilônica, persa, egípcia e indiana, e a estenderam em um *grand tour* intelectual que deu origem ao mundo moderno. O progresso foi veloz e enriqueceu todo o aprendizado humano. Pitágoras demonstrou que a linguagem da matemática podia descrever sistematicamente os segredos da natureza. Demócrito intuiu que a aparente complexidade do Universo pode se resumir em átomos mais simples e irreduzíveis. Eles sabiam que a Terra é redonda e gira em torno do Sol e calcularam com exatidão sua circunferência. Especularam até sobre “multiversos”. Euclides idealizou a geometria; Arquimedes, os inícios do cálculo.

Os gregos também inventaram a medicina moderna. Hipócrates apresentou um entendimento totalmente biológico das enfermidades mentais e físicas, que não precisava de deuses, autoridades sacerdotais, sacrifícios e encantamentos ritualísticos. “De nenhum lugar senão do cérebro vêm as alegrias, as delícias, o riso e as diversões, e também as tristezas, os desânimos, o desalento e as lamentações (...) E pelo mesmo órgão tornamo-nos loucos e delirantes, e os medos e terrores nos assolam (...) Todas essas coisas provêm do cérebro, quando ele não está sadio.” Problemas psiquiátricos e médicos surgiam de um desequilíbrio dos quatro “humores” básicos: sangue, bile amarela, bile negra e fleuma. A cura advinha de processos naturais (e não sobrenaturais). O médico era necessariamente limitado pelas realidades biológicas: podia assistir, porém jamais garantir a

cura. Era melhor em prever o prognóstico do que em mudá-lo. Mas sempre podia confortar, consolar e aconselhar – e isso também é essencial para a cura.

A medicina (e a psiquiatria) tinha o homem como medida e o tratamento humanizado como objetivo. A cura tornou-se uma profissão secular baseada exclusivamente na observação científica e no conhecimento prático. Estudando a fundo seus pacientes e tomando notas cuidadosas, Hipócrates agrupou sintomas de muitas novas doenças, cada uma tendo curso, prognóstico previsível e epidemiologia específica bem documentados. Descreveu a mania, a melancolia, a frenite e a fobia. Nenhum tipo de misticismo interferia no diagnóstico e no tratamento. A doença não era um castigo ou uma visita dos deuses; era parte da natureza. “Os homens consideram a natureza e a causa da enfermidade divinas por ignorância e fascinação.”

Hipócrates era um gênio do prognóstico e o via como a habilidade mais essencial da prática médica. Reconhecia a importância de classificar os pacientes em três grupos: os que melhoram por conta própria, os que precisam de tratamento médico e os que não respondem a nenhuma intervenção. Essa “regra dos terços”, o achado mais robusto da história da medicina, ainda é ensinada a estudantes e é válida para muitos transtornos psiquiátricos.

O tratamento recomendado depende do prognóstico do paciente. No primeiro grupo, devem-se evitar aqueles que possam causar dano, uma vez que o doente melhorará com o tempo e com apoio. No terceiro grupo, tratamentos nocivos devem ser descartados porque serão um fardo a mais e não trarão a cura. Em vez disso, é necessário dar conforto. Deve-se seguir um procedimento específico somente no segundo grupo, equilibrando os riscos do tratamento com os impostos pela doença. É preciso ter certeza de que as intervenções podem ajudar mais do que prejudicar. Hipócrates defendia uma cura prudente, branda e natural, exceto quando circunstâncias extremas requeriam e justificavam uma abordagem mais agressiva. Ficaria confuso e profundamente entristecido com o uso promíscuo de antipsicóticos nocivos, que se tornou um perigoso elemento da medicina atual.

Hipócrates era um homem modesto, amoroso com pacientes e alunos e amado por eles. Nunca doutrinário ou autoritário, comprazia-se em aprender com a experiência clínica acumulada, por ele mesmo e pelos outros. Institucionalizou o conceito de educação e prática médicas seculares – do

aprendizado à cabeceira do paciente. Os pupilos desenvolveram seus métodos e criaram um estilo característico de anotação clara e objetiva na medicina.⁵ Um interessante comentário adicional é que Tucídides se apropriou do estilo hipocrático em suas grandes descrições clínicas dessa doença que é a história humana.

GALENO: O PAI DA TEORIA DA PERSONALIDADE (130 D.C. – 200 D.C.)

Galeno fazia de tudo na medicina: curava os corpos e consertava as mentes. Nenhum outro médico teve experiência clínica mais ampla, investigou doenças tão variadas, criou mais tratamentos ou escreveu tantas palavras.⁶ Quando não estava ocupado tratando um grupo de gladiadores, inventando a cirurgia de catarata e realizando operações no cérebro que não se repetiriam até a era moderna, estendia o escopo da teoria humoral para explicar a personalidade humana e seu impacto sobre a enfermidade. Os humores explicavam não só o que afligia o homem, mas também quem ele era. Nosso destino não é determinado pelas estrelas nem pelos demônios ou pelos deuses – é baseado no equilíbrio da química corporal. Esse modelo biológico de temperamento e seu efeito comportamental não são muito diferentes das teorias modernas, exceto pelo fato de que Galeno se enganou quanto às substâncias químicas específicas.

Os gregos adoravam o número quatro. Havia quatro estações, quatro fases da vida e quatro planetas, além de quatro elementos (ar, fogo, terra e água) que, em várias combinações, determinavam a física do mundo e a biologia do corpo e da mente. Havia quatro humores (sangue, bile amarela, bile negra e fleuma), cada um relacionado a um dos elementos. Hipócrates observara que um desequilíbrio entre eles causava doenças. Galeno acrescentou ao sistema-padrão que a personalidade também é originária de um desequilíbrio entre esses mesmos humores. O excesso de sangue gerava uma personalidade demasiadamente sanguínea; o de bile amarela, a personalidade colérica; o de bile negra, a melancólica; e o de fleuma, a fleumática. O equilíbrio harmonioso levava ao funcionamento mental saudável. Havia todas as permutações possíveis de várias mesclas de humores que explicavam e davam cor à grande diversidade de tendências e comportamentos humanos. Tudo isso parece “charlatanesco” hoje, mas

governou a medicina por mais de 1.500 anos. Em comparação, a meia-vida de muitas teorias do presente é medida em décadas, e não em séculos.

Por temperamento, Galeno queria se referir não só aos aspectos comportamentais da personalidade, mas também a suas manifestações corporais. Mente e corpo interagiam; a personalidade e a saúde eram inextricavelmente ligadas. Podia-se prever como um indivíduo com certa mistura temperamental se portaria e também o comportamento de seu corpo – quais doenças ele estava mais propenso a contrair e que tratamentos dariam resultado. As enfermidades podiam ir e vir, mas o temperamento era inato e bastante estável. Podia ser influenciado e reequilibrado com as intervenções apropriadas: dieta, atividade física, ervas, sangria, ventosas, purgação. O tratamento precisava ser muito individualizado, já que havia numerosas permutações de desequilíbrio entre os quatro humores.

Galeno entendia que a disfunção cerebral e a doença mental podiam ter muitas causas (ambientais e constitucionais) que não o desequilíbrio dos humores. O vinho era capaz de tirar a razão do homem. A experiência com os gladiadores ensinou-lhe a importância de um traumatismo na cabeça, e o papel causal das febres cerebrais era evidente. Ele também reconhecia que o atraso mental se devia a problemas congênitos no funcionamento do cérebro. De forma equivalente à prática atual, antes de fazer um diagnóstico de transtorno de personalidade, era preciso descartar a possibilidade de enfermidades médicas ou do uso de substâncias tóxicas serem responsáveis pelo comportamento do indivíduo. Apenas quando não havia mais causa definida, o temperamento e o equilíbrio humoral eram considerados preponderantes.

Tratar o desequilíbrio humoral era um malabarismo que requeria, em primeiro lugar, um diagnóstico minucioso para determinar qual fluido estava fazendo a balança pender e, então, mudar a vida do paciente para nivelá-la. Vômitos, purgações, sudoreses e sangrias eram óbvios devido a seu impacto direto sobre os fluidos. Acreditava-se que ervas, especiarias e metais variados, quentes e frios, secos e umedecidos, tinham diferentes impactos medicinais, capazes de titular cada humor. Manipulações curativas incluíam banhos, mudanças de clima e dietas. Havia também uma questão de filosofia de vida: cada pessoa tem um temperamento muito individualizado, que será melhor e mais saudável em um modo particular de vida. Uma vez que o temperamento tenha sido diagnosticado, o passo seguinte é determinar que aspectos do cotidiano fazem a balança subir ou descer. A recomendação

seria ajustar o ambiente e os hábitos diários (estudo, trabalho, dieta, sexo, bebida, música, relações familiares) para corrigir o desequilíbrio fluidal e assim melhorar a personalidade, aumentar a felicidade e evitar doenças médicas.

Galeno dominou a medicina por muito mais tempo do que deveria ou teria desejado. Gerações posteriores aceitaram seus escritos como doutrina, honrando sua autoridade, mas deixando de honrar seus métodos de observação e experimentação independentes. A teoria humoral só foi derrubada de maneira conclusiva em meados do século XIX, quando Virchow demonstrou o papel exercido pelas células na enfermidade. No entanto, a dedução galênica de que tendências inatas da personalidade influenciam as doenças mentais e físicas continua tão viva quanto no dia em que surgiu.

A DEMONÍACA IDADE DAS TREVAS

O tratamento dos doentes mentais na Europa chegou à Idade das Trevas, que durou da queda de Roma (no século V) à ascensão de Philippe Pinel (no final do século XVIII). Essa era nunca chegou perto de ser tão sombria quanto imaginamos (e sempre houve alguns pontos de luz isolados), mas para esses pacientes foi o pior dos tempos e o pior dos lugares. As teorias biológicas gregas reconheciam a humanidade dos doentes mentais e consideravam seus comportamentos estranhos plenamente compreensíveis dentro de um modelo médico. Eram pessoas como nós que, por acaso, tinham um desequilíbrio biológico. Não eram culpados nem assustadores, apenas desafortunados.

O esclarecimento médico grego foi vítima da Idade das Trevas. O doutor de medicina que diagnosticava desequilíbrio químico deu lugar ao doutor da Igreja que diagnosticava possessão demoníaca. O exorcismo, a inquisição, a tortura e a estaca substituíram o tratamento médico. Os doentes mentais eram habitados por forças diabólicas perigosamente contagiosas, que tinham de ser destruídas como parte da luta divina contra o diabo. É certo que havia exceções (gestos de bondade e hospitais construídos por ordens religiosas), mas em geral o tratamento era um holocausto e um capítulo vergonhoso da história da Igreja. A teologia cristã, mesclada à demonologia pagã, criou um

enredo que mostrava a doença mental como obra do diabo. A neutralidade moral da teoria dos humores não era páreo para um vívido drama religioso que retratava uma eterna batalha de Deus contra o diabo, com homens loucos (e, com mais frequência, mulheres) como peões no lado derrotado.

O mundo ocidental equiparava a diferença ao mal e temia seu contágio. Alguém que agisse de forma estranha podia estar comungando com o diabo e ameaçando o bem-estar (e a salvação eterna) de toda a comunidade. Em casos extremos, tortura e execução eram consideradas plenamente justificáveis como parte da obra divina. Em situações mais brandas, a recuperação era viável, mas somente após o indivíduo confessar o pecado e se demonstrar disposto a retornar para Deus e a santidade. A observação científica grega foi substituída por um exótico sistema de diagnóstico espiritual que ligava a peculiaridade de diferentes estados mentais a uma hierarquia de diferentes demônios. Havia se estabelecido na Europa um manto de delírio religioso que santificava uma crueldade perversa no tratamento de seus cidadãos mais vulneráveis.⁷

A morte não livrava os doentes mentais da indignidade. No direito canônico, tentar suicídio era um crime instigado pelo diabo para provocar Deus. O cadáver era um oportuno candidato a um castigo extra que podia consistir em ser enforcado, torturado, mutilado e arrastado pelas ruas. Os sobreviventes de tentativas de suicídio podiam esperar ter seu desejo de morte cumprido por vizinhos supersticiosos, muitas vezes do modo mais cruel, para garantir que seus demônios recebessem a devida punição. A proibição do enterro em solo consagrado estendia o castigo à eternidade.

O *Malleus Maleficarum*, publicado em 1487, codificava a doutrina demoníaca e dava razão e força de lei a uma inquisição dos doentes mentais.⁸ Eles eram extirpados com métodos burocráticos brutalmente eficientes e desumanamente cruéis. Os loucos eram julgados por Deus e pelos homens como bruxas e demônios, que não mereciam nem recebiam (com raras exceções) misericórdia alguma.

Em círculos religiosos mais esclarecidos, o pecado gradualmente substituiu a possessão como diagnóstico favorito e explicação do transtorno mental. Comportamentos e modos dissonantes eram os sintomas externos de uma natureza desregrada, incivilizada, gananciosa e lasciva. Os doentes mentais foram promovidos de demônios a pecadores. Sua conduta refletia não a intervenção direta do diabo, mas o exercício imoral e desenfreado do próprio livre-arbítrio. Nisto eles não diferiam muito dos criminosos comuns

com quem muitas vezes eram alojados. Um tratamento duro era recomendado para devolvê-los ao bom caminho das paixões moderadas e dos pecados renunciados. Tinham de ser controlados, domados e reprimidos. Naturezas pecaminosas eram obstinadas e arraigadas. Alguns tratamentos consistiam em persuasão moral, em grande parte envolvendo castigo físico. Havia tentativas de aprimorar a vida espiritual do enfermo e ensinar-lhe hábitos de ordem, autodisciplina e comedimento. A intenção era levá-lo para mais próximo de Deus e mais longe do pecado. No entanto, para o pecador recalcitrante que se recusava a melhorar sob a direção dessa abordagem suave, a punição tinha de ser proporcionalmente severa. Paciente mimado, paciente estragado. A doença tinha de ser sufocada junto ao orgulho profano que a causava, e a moralidade era instilada com pulso forte, que incluía toda forma de repressão física, açoitamento e outros castigos corporais, cadeiras giratórias, banhos gelados e diferentes formas de exposição. Embora punitivo ao extremo segundo os padrões atuais, esse tratamento não era tão desmesurado em sua crueldade ou letal em seu efeito quanto na época em que era destinado ao diabo ou a seu agente. As ferramentas de tortura do ofício inquisitório e a morte na fogueira já não eram utilizadas. Os loucos eram vistos como maus e tratados como tais, porém ao menos não eram a personificação do diabo.

Decerto havia importantes exceções ao tratamento sombrio que a Europa dava a essas pessoas. Muitos hospitais de caridade cristãos foram fundados no século XIII, em monastérios e em paradas no caminho para a terra prometida ou locais de peregrinação. Os insanos, os fisicamente doentes, os leprosos, os órfãos e os pobres ganhavam abrigo, refeição, preces e compreensão de monges e freiras. A terapia era mínima; a observação científica e o diagnóstico clínico, nulos. O objetivo era o cuidado cristão, não o diagnóstico ou a cura. Mas era um grande avanço em relação à fogueira.

No entanto, a visão mais naturalística e biológica nunca foi totalmente suprimida. A medicina humoral sempre mantivera uma pequena base de apoio nos monastérios e foi muito revivida durante as Cruzadas, quando rudes invasores ocidentais encontraram a muito mais avançada civilização médica do mundo islâmico. Os tratados de Galeno, já traduzidos do grego para o árabe, agora eram passados deste para o latim. Universidades urbanas começaram a usufruir dos monastérios como centros educacionais, e cada uma estabelecia uma faculdade de medicina com uma visão de mundo

naturalística que, até certo ponto, contrabalançava a demonologia de seu departamento de teologia. Os professores de medicina ensinavam que era preciso excluir as causas naturais e humorais da loucura antes de presumir uma possessão demoníaca. Infelizmente, sua influência na prática foi insignificante. A medicina era ensinada apenas como teoria. Os docentes viviam em torres de marfim e falavam com autoridade galênica, mas não tinham pacientes. Sem uma observação pessoal rigorosa, era impossível exercer muito impacto ou alavancar a ciência clínica de compreensão da doença mental. Na verdade, o propósito naturalístico desses professores, às vezes, era pervertido pela causa da teorização da fisiologia da possessão demoníaca e como ela afetava a sanidade. Um interessante efeito colateral da renovada influência de Galeno foi um drástico aumento no preço das valorizadas especiarias que tinham de ser importadas do Oriente – elas eram consideradas medicamentos particularmente úteis para a regulação dos humores corporais.

Mesmo em uma era de superstições, o bom senso e os gestos humanos nunca desapareceram totalmente. Nem todo problema era demonizado, nem todo paciente era sujeito à tortura. Outros fatores – excesso de trabalho, comida, sexo ou preocupações – às vezes eram tidos como causais e pediam tratamento razoável, mudanças de comportamento, oração, peregrinações, rituais e amuletos. Muitos eram curados pelo “milagre da fé”. E nem todos os exorcismos requeriam trauma ou morte; às vezes eram simbólicos – um modelo do diabo, e não da pessoa, era atacado.

OS ÁRABES INVENTAM A PSIQUIATRIA MODERNA (APROX. 700 D.C. – 1500 D.C.)

Antes de entrar em sua própria idade das trevas, quinhentos anos atrás, o mundo árabe era o indiscutível centro de conhecimento e progresso. A princípio, o Islã recebera as maravilhas da descoberta científica como uma forma de compreender Alá e suas intenções. Hoje, leituras tribais do Corão colidem com a liberdade intelectual que ele oferecia desde os tempos maometanos até os clérigos ganharem o controle, com o declínio do poder político no século XVI. Os árabes foram o primeiro povo do mundo a introduzir a ciência experimental quantitativa, aproveitando seu conveniente sistema numérico (agora nosso), o qual facilitou muito as operações que

eram tão maçantes com os numerais romanos. Inventaram a álgebra, a geometria esférica e a trigonometria. Preservaram e integraram o melhor das ciências grega, indiana e persa, e expandiram todas com sua própria genialidade.

Durante esse trajeto, criaram a psiquiatria como disciplina e os psiquiatras como especialidade distinta, além de trazer a disciplina a um nível de sofisticação de diagnóstico, tratamento e teoria que a Europa não conheceria até o século XIX. Por que os árabes? O Corão tem uma visão esclarecida da doença mental, sem a demonologia denegridora das tradições judaico-cristã e greco-romana. Nada de espíritos furiosos nem de deuses ciumentos. A doença mental é uma questão prática com a qual se deve lidar em termos humanos e humanísticos, sem antolhos sobrenaturais.

O Corão instruía a “alimentar e vestir o insano (...) e dizer-lhe palavras esplêndidas”. Advertia com sensatez a não permitir que doentes mentais graves tomassem decisões de propriedade, mas insistia em que fossem bem tratados e respeitados. Isso levou a uma abordagem totalmente secular, esclarecida e clínica. Eles deviam receber custódia em hospitais bem-dirigidos cuja missão também era documentar e entender seus problemas. O primeiro estabelecimento específico para doentes mentais foi inaugurado em Bagdá no ano 705. O Cairo seguiu o exemplo em 800, e logo muitas outras cidades importantes. Os hospitais muçulmanos empregavam com frequência médicos judeus e cristãos, além de incluir grandes clínicas ambulatoriais e farmácias.

A progressão do avanço psiquiátrico era espantosa e antecipava exatamente os mesmos passos ocorridos um milênio depois, quando asilos separados para os doentes mentais enfim se estabeleceram na Europa. O hospital mental era um maravilhoso berço para a descoberta científica. Os especialistas em psiquiatria tinham acesso íntimo a uma ampla variedade de pacientes e podiam comparar a evolução de cada um ao longo do tempo. Faziam observações clínicas precisas, dividiam sintomas em síndromes e desenvolviam abordagens eficazes de tratamento. A psiquiatria árabe alcançou um nível de aprendizado detalhado e prático que o mundo nunca vira, e que não voltaria a ser obtido até aproximadamente 1900.

Uma variedade de classificações foi gerada com a mesma excitação encontrada sob circunstâncias parecidas no Ocidente durante o século XIX. O mundo árabe engendrou uma descrição completamente funcional de transtornos semelhante ao *DSM* moderno. A gravidade era dividida em

níveis equivalentes aos conceitos posteriores de neurose e psicose. A depressão foi dividida em endógena, reativa, agitada e involutiva. Havia boas descrições de mania, delirium, demência, epilepsia, meningite e derrame. Delírios, alucinações, comportamento estranho e mau discernimento foram agrupados em uma espécie de esquizofrenia. Fobias, obsessões, compulsões, impotência, distúrbios de sono, hipocondria e mal de amor eram reconhecidos. Está claro que os transtornos psiquiátricos básicos permanecem estáveis com o passar do tempo – embora modismos venham e vão.

Uma cuidadosa dissecação do cérebro desmentiu algumas das afirmações de Galeno e revelou a distribuição dos nervos e a vasculatura do órgão. O rastreamento dos tratos sensoriais encontrou os diferentes locais onde se originava a percepção sensorial. Sabia-se que o lobo frontal era necessário para o raciocínio e para o discernimento, e que os ventrículos se expandiam na demência.

A psiquiatria árabe antecipou o tratamento moral holístico e respeitoso que não chegou à Europa nos mil anos seguintes. Enquanto eram açoitados, torturados e queimados no Ocidente, no outro lado do globo os pacientes recebiam aconselhamento sábio, psicoterapia cognitiva, interpretação de sonhos, medicamentos, banhos, música e terapia laboral. As saúdes mental e física eram vistas como intimamente ligadas; uma podia afetar a outra. Os árabes também acumularam um conhecimento sofisticado nas áreas de psicologia cognitiva, percepção, psicoterapia e neurociência.⁹

SYDENHAM LOCALIZA SÍNDROMES

Vivendo na aurora do Iluminismo, na Inglaterra cromwelliana do século XVII, Thomas Sydenham reensinou à Europa o método histórico-natural hipocrático de medicina e psiquiatria – nada de demônios, dogmas e tratamentos diabólicos. É com os pacientes que aprendemos sobre as doenças, e não com a teoria, a filosofia ou a doutrina religiosa. Com seu amigo filósofo John Locke, ele desenvolveu uma abordagem empírica e não teórica para a aquisição de conhecimento. Sydenham foi o príncipe da medicina prática e sensata. “É preciso ficar na cabeceira do enfermo. É

apenas lá que se aprende sobre a enfermidade.” Só era possível aprender a arte da medicina de forma adequada baseando-se na prática e nos pacientes.

A função especial de Sydenham foi trazer a nosologia, a classificação das doenças, de volta ao centro da atenção médica. Ele era um mestre em descrever síndromes e enfermidades. Observar, analisar e comparar. Identificar grupos de sintomas que concorrem regularmente e estudar sua evolução e seu prognóstico. Enfermidades eram como plantas ou animais em termos de distinção uma da outra – se soubermos como olhá-las e o fizermos com o tempo e o cuidado necessários. No fim, entender o padrão ajudará a desvendar a causa e a descobrir o tratamento. “A natureza, ao produzir a enfermidade, é uniforme e coerente, de tal forma que, para a mesma doença em pessoas distintas, a maior parte dos sintomas será a mesma, e os mesmíssimos sintomas que se observariam na moléstia de Sócrates seriam observados na moléstia de um simplório.”

Entre as muitas doenças que Sydenham estudou e apontou, encontravam-se a histeria e a hipocondria. Ao contrário dos mais crédulos Charcot e Freud, que trabalharam duzentos anos depois, ele reconheceu que os pacientes que se apresentavam com os sintomas físicos de desconforto psicológico podiam, muitas vezes, piorar com o tratamento excessivo. Interromper tratamentos extremos e substituí-los por técnicas psicológicas frequentemente auxiliavam na recuperação. “Por vezes prezei a segurança de meus pacientes e minha própria reputação de maneira mais eficiente ao não fazer nada.”

A Inglaterra seiscentista, inundada em pestes, era um formidável laboratório para o estudo da propagação de febres. Sydenham foi um pioneiro da epidemiologia, mais uma vez seguindo o modelo de Hipócrates, que inventara a disciplina. Compreender as causas ambientais da doença e do contágio é a base de uma abordagem de saúde pública preventiva, a qual é muito mais eficiente do que tratar suas consequências.

Sydenham revelou o mistério da coreia – contrações dos membros e do tronco que fogem ao controle da pessoa. Apontou que ela ocorria após uma faringite estreptocócica, assim como a febre reumática – os movimentos eram causados por uma inflamação cerebral, não por demônios. Também fez três revolucionárias e duradouras contribuições à medicação de doenças: utilizou o extrato de uma casca de árvore peruana que continha quinina para o tratamento da malária, promoveu o uso de ferro para a anemia e preparou uma forma líquida de ópio, um medicamento que ele muito admirava. No

entanto, era cauteloso em seus hábitos prescritivos e desconfiava do excesso de zelo heroicamente danoso que muitos de seus colegas demonstravam pelo tratamento.¹⁰

LINEU DEMONSTRA A IMPORTÂNCIA DA CLASSIFICAÇÃO

Teria sido divertido viver no século XVIII. Esse autodenominado período de “Iluminismo” foi o momento da história em que era muito razoável esperar que o avanço constante do conhecimento levasse o homem à felicidade. Todavia, o século terminou mal e destruiu ilusões impossíveis de ressuscitar desde então. A Revolução Francesa e as Guerras Napoleônicas estouraram a bolha da inocência. Experiências subsequentes revelaram os desastres antes inimagináveis que podem decorrer do conhecimento humano quando não é guiado pela sabedoria e pela cautela.

No entanto, uma pessoa inteligente vivendo nos anos 1700 (existiam muitas) ainda podia acreditar na eventual perfectibilidade do homem e do mundo. Era apenas uma questão de reunir dados e encontrar a maneira correta de ordená-los. A astronomia proporcionou um modelo sedutoramente simples de ciência que resolvia os enigmas da natureza. Primeiro veio a teoria descritiva copernicana de um universo heliocêntrico. Em seguida, as minuciosas observações de Brahe e a organização matemática de pontos de dados feita por Kepler. E, por fim, o magnífico triunfo da compreensão humana. Newton (com uma grande ajuda de Galileu) explica não só os grandiosos movimentos das estrelas e dos planetas, como o que mantém nossos pés fixos no chão e por que uma bala de canhão atinge o alvo. A síntese newtoniana desafiou a ciência a procurar verdades básicas em outras atividades intelectuais. Houve uma busca febril por novos conhecimentos e por novas formas de organizá-los. O Iluminismo tornou-se a Idade da Taxonomia, e o pai de todos os classificadores foi Carl Lineu.

Entre os muitos gênios interessantes do Iluminismo, Lineu é meu favorito. Era médico praticante e botânico ardoroso, uma combinação de papéis então necessária. Desde a época dos xamãs, a maior parte dos medicamentos úteis vinha das plantas, e toda faculdade de medicina girava em torno de seu jardim. Lineu jamais foi pessoalmente coletar plantas além do norte da Europa, mas não era preciso. O mundo vinha até ele. Seus alunos eram

encorajados a tornar-se “apóstolos” em busca de aventura e de espécimes, atuando como médicos ou naturalistas de navios. Dezenove deles seguiram em viagens de coleta às Américas do Norte e do Sul, à África, ao Japão e aos trópicos asiáticos. A corrida mundial da exploração havia começado. Sem dúvida, o objetivo primordial era conquistar poder econômico e militar, mas o conhecimento de geologia e biologia também era uma alta prioridade. Embarcações da Marinha também exerciam a função de laboratórios científicos, e as melhores coleções e colecionadores com frequência estavam a bordo. Dois apóstolos acompanharam James Cook em diferentes expedições ao redor do mundo, e vários morreram em lugares distantes. Mesmo assim, o empreendimento resultou em uma explosão de conhecimento acerca da diversidade da vida. Lineu estava no centro dessa rede mundial de descobertas. Sua meta era fazer pela biologia o que Brahe e Kepler haviam feito pela astronomia. Os dados brutos da vida, em toda a sua fecunda complexidade, tinham de ser divididos em conjuntos manipuláveis. Se pudéssemos desenvolver uma classificação cristalizadora de todas as plantas e animais do mundo, talvez pudéssemos decifrar os desígnios de Deus. Se a gravidade é uma explicação simples para a aparente complexidade do movimento planetário, talvez haja uma explicação simples para a diversidade da vida.

Lineu produziu um convincente esquema de divisão que sobreviveu trezentos anos e que consegue até se ajustar à revolução genética moderna. Nem sempre ele acertou nos detalhes, mas isso realmente não importa – foi seu método que gerou a poderosa ferramenta científica. Com base nas semelhanças, 7.700 plantas e 4.400 animais foram divididos, conforme uma hierarquia de seis níveis, em seus respectivos reino, filo, classe, ordem, gênero e espécie. Funcionou. Lineu trouxe ordem ao aparente caos do universo biológico. Em um drástico rompimento com o excepcionalismo religioso anterior, os humanos foram incluídos no sistema de classificação, bem ao lado de hominóides e macacos. Embora tenha sido um verdadeiro golpe em nossa dignidade, foi um gigantesco passo à frente rumo à teoria da evolução. A cuidadosa divisão lineana da complexidade descritiva foi a precondição necessária para a simplificadora explicação darwiniana de como a vida evoluía em todos os seus variados nichos.

Essa foi a segunda grande demonstração do processo tripartite da ciência observacional. O que funcionava para a astronomia também funcionava para a biologia. Primeiro, eram necessárias descrições meticulosamente

cuidadosas do mundo natural. Em seguida, uma classificação hábil para reduzir a aparente complexidade em padrões manipuláveis baseados em semelhanças observadas. Por fim, a recompensa: uma explicação tão simples e óbvia que todos se perguntam como nunca haviam pensado nisso. É impossível achar as respostas certas até que as indagações sejam feitas da forma correta. Qualquer boa classificação lança a pergunta: “Por que a natureza é assim?”. E a esperança é que alguém veja um sentido causal no padrão descritivo.

Um século mais tarde, Mendeleiev continuou a jogada na física com sua tabela periódica dos elementos. De modo surpreendentemente rápido, as questões levantadas por sua divisão levaram a um profundo e simplificador modelo causal das diferentes estruturas dos núcleos atômicos. Uma das grandes decepções da medicina e da psiquiatria modernas é que nossos sistemas de classificação não conseguiram estimular modelos explanatórios claros. O corpo, em especial o cérebro, é dotado de uma peculiaridade e de uma complexidade que parecem negar eternamente qualquer resposta causal fácil.¹¹

PHILIPPE PINEL: O PAI DA PSIQUIATRIA

O Renascimento e o Iluminismo chegaram tarde para a psiquiatria: apenas no início do século XIX. Não porque os interessados no comportamento humano fossem menos inteligentes, e sim porque o assunto é muito complicado. Os planetas são muito mais simples e regulares em seus movimentos do que o cérebro em suas avarias. É muito mais fácil descobrir as leis gerais da astronomia e da biologia do que os mecanismos exatos que causam as doenças. A ciência moderna escolheu sabiamente desvendar primeiro tópicos que se prestavam a grandes abstrações. A gravidade e a evolução foram notáveis façanhas intelectuais, mas são frutos muito à mão na árvore do conhecimento se comparados à esquizofrenia.

Enquanto isso, as condições de vida dos doentes mentais haviam se tornado cada vez mais horrendas. A Revolução Industrial, o crescimento da população e a urbanização haviam rachado os antigos padrões sociais de administração que eram predominantemente responsabilidade da família, da vila e do padre. As novas pressões sobre a classe trabalhadora, como é

compreensível, diminuíram sua tolerância e seus recursos para cuidar de parentes perturbados e perturbadores. Era mais conveniente mandá-los para ambientes manicomiais, com frequência situados em lugares distantes. Os pacientes eram confinados junto a outros indesejáveis – pobres, criminosos, órfãos e os intelectualmente frágeis. Os abrigos, que muitas vezes tinham fins lucrativos, não tinham a menor missão curativa ou científica. Os loucos viviam misturados e eram vistos como maus, seus sintomas como resultado de falhas morais e sem o menor interesse médico. Não havia ofício psiquiátrico ou estudo clínico que pudessem conduzir ao diagnóstico e à classificação. Os insanos eram tidos como sub-humanos, mais semelhantes a animais selvagens que precisavam ser domados, chicoteados e acorrentados, e eram submetidos a exposições públicas como se fossem animais em um zoológico, destinadas a gerar receita.

Philippe Pinel salvou os pacientes e criou o ofício psiquiátrico no mundo ocidental. Nossa área de atuação não poderia ter um pai e exemplo melhor. Ao mesmo tempo humanista e cientista, ele nos ensinou a tratar os pacientes como pessoas – com a dignidade devida ao estudarmos seus problemas. Pinel é mais conhecido por libertar os doentes mentais. Ainda se podem ver as marcas nos locais onde eles ficavam acorrentados à parede em um antigo edifício no terreno da ainda ativa unidade psiquiátrica do Hospital da Salpêtrière, em Paris. Mas ele lhes deu um presente ainda maior. Jogou fora a superstição medieval de que as doenças mentais eram possessões demoníacas e que suas vítimas deviam ser temidas, denegridas, negligenciadas, quem sabe até queimadas na fogueira. Convenceu a (quase) todos de que a enfermidade mental tem causas 100% naturais, equivalentes às da doença médica. E desenvolveu um novo modelo de “asilo” dedicado exclusivamente às necessidades dos doentes mentais, que, segundo ele, deveriam ser tratados com respeito em um ambiente agradável e seguro. Logo, asilos semelhantes começaram a aparecer em toda a Europa e nos Estados Unidos.

Pinel gostava de seus pacientes como pessoas e os tratava simplesmente como humanos. Quando lhe deram a opção de ser médico pessoal de Napoleão ou ficar com seus pacientes, rejeitou o imperador. Seu principal administrador, conselheiro e professor era um ex-interno que se tornara um brilhante clínico e gestor. Juntos eles desenvolveram um tratamento “moral” (ou “psicológico”) para a doença mental que combinava educação, terapia cognitiva, teste de realidade, trabalho, exercício, atividades terapêuticas,

apoio e encorajamento – todos proporcionados com gentileza, modéstia e senso de humor. Pinel tinha profundo interesse na história de vida de cada paciente: esperanças, temores, motivações e circunstâncias particulares que moldam quem somos. Ele queria entender como os problemas pessoais interagiam com a enfermidade.

Pinel acreditava que a doença mental era causada por uma combinação de hereditariedade, dano fisiológico ao cérebro, estresse psicológico e social e o horripilante tratamento prévio dado a muitos pacientes. Queria facilitar uma cura que fosse natural, e não forçada. Nada de sangrias, purgações, vesicações ou cadeiras giratórias. Era modesto em suas aspirações e confiava na resiliência e nos poderes curativos dos pacientes. As contenções físicas, com uma camisa de força, ou químicas, com ópio, eram reservadas apenas àqueles que eram muito violentos ou não respondiam a nenhuma outra medida.

Além de ser uma pessoa maravilhosa, Pinel era um bom cientista. Juntou a análise das síndromes de Sydenham aos métodos classificatórios de Lineu para dividir os sintomas da doença mental em categorias convenientes. Os rótulos diagnósticos utilizados na psiquiatria seriam baseados na abordagem da ciência natural, de observação minuciosa. Ele passava uma grande quantidade de tempo com os pacientes, arguindo-os em detalhes para determinar os grupos de sintomas mais frequentes e sua evolução. As categorias que sugeriu eram um tanto diferentes das que utilizamos hoje, porém os métodos classificatórios atuais são os que ele introduziu. Como em todas as situações, Pinel era modesto. Apresentava suas sugestões de maneira experimental, no terreno do “por enquanto”.

Pinel inicia a modernidade e dá fim à idade das trevas da psiquiatria. O crescimento da disciplina no século XIX fez da classificação dos transtornos mentais um estimulante empreendimento, tanto no âmbito das humanidades como no intelectual. Além do óbvio propósito clínico, havia a noção de que descrever e demarcar com clareza os transtornos poderia levar a teorias melhores a respeito de suas causas. Os classificadores eram clínicos, mas também cientistas observacionais, que faziam pelo diagnóstico psiquiátrico o que Lineu fizera pelas plantas e pelos animais. Se fizessem um trabalho bom o bastante de descrição, talvez aparecesse um Darwin psiquiátrico e lhe desse sentido.¹²

Na esteira de Pinel, houve um impressionante fluxo de classificação criativa – uma sucessão de diferentes modos de organizar os transtornos

psiquiátricos foi sugerida nos anos do fim do século. Os primeiros sistemas eram franceses, mas depois o centro de gravidade científico gradualmente mudou para a Alemanha, chegando ao auge com a crucial distinção entre esquizofrenia e transtorno bipolar feita por Emil Kraepelin. Por uma feliz coincidência, seu irmão era um grande naturalista, o que afiou suas próprias habilidades observacionais, que já eram consideráveis, e também o forçou a encontrar maneiras de angariar fundos para suas frequentes viagens de campo conjuntas ao leste asiático. O trabalho paralelo do psiquiatra alemão mudou a história da psiquiatria. O índice de seu notavelmente popular e influente livro tornou-se o *DSM* da época e, mais tarde, formou a base para os nossos próprios. No entanto, Kraepelin tinha um grande ponto cego: ele era um médico hospitalar que nunca atendeu um paciente ambulatorial. Sua concepção de psiquiatria era formada por e restrita àqueles doentes o bastante para necessitar de um longo confinamento, e sua classificação não tinha os nichos apropriados para a maioria das pessoas diagnosticadas hoje em dia.

Outro golpe de sorte foi a existência de Freud para preencher essa lacuna. Costuma-se associar o pai da psicanálise ao tratamento, e não ao diagnóstico, mas ele fez tanto para descobrir uma classificação das moléstias dos pacientes externos quanto Kraepelin fizera pelos internos. O interessante é que Freud também havia se tornado classificador apenas devido à falta de dinheiro, no caso para subir ao altar e constituir família. No início da carreira, fora um neurocientista muito promissor, um dos primeiros a entender a importância da sinapse neuronal para o funcionamento do cérebro. Todavia, sem conseguir trabalho em uma universidade, foi obrigado a sair do laboratório e entrar na menos laureada prática privada da neurologia. Aceitando esse revés profissional com bastante pesar e relutância, nunca deixou de lado a ambição original de alcançar o reconhecimento científico. Trocou seu objeto de investigação de lâminas para pessoas. Logo tornou-se o Darwin do consultório, utilizando-se de astutas observações clínicas para fazer suposições incrivelmente precisas sobre como as pulsões inconscientes e inatas exercem um papel central naquilo que somos, sentimos, pensamos e fazemos – tanto na doença como na saúde. A ciência cognitiva e a imagiologia cerebral modernas confirmaram, de maneira convincente, os mais profundos *insights* de Freud – mesmo que alguns de seus outros palpites hoje pareçam curiosamente absurdos.

O que é mais pertinente aqui é que Freud também inaugurou a profissão da psiquiatria ambulatorial e deu a ela uma forma de classificar os novos pacientes. As manifestações sintomáticas mais brandas, que hoje são o feijão com arroz da psiquiatria, eram naquela época jurisdição dos neurologistas, que as haviam batizado de “neuroses”, acreditando serem originárias de doenças nervosas. Ao desenvolver o campo totalmente novo da psicanálise, Freud reconceituou a “neurose” como derivada de um conflito psicológico – condicionada pela biologia do cérebro, mas não uma simples enfermidade cerebral. Em seguida, procedeu à classificação das neuroses: separou o luto da melancolia, o transtorno do pânico das fobias e da ansiedade generalizada, e descreveu o transtorno obsessivo-compulsivo, além dos distúrbios sexuais e de personalidade. Era um neurologista experiente que estudara psiquiatria durante apenas alguns meses. Paradoxalmente, foi ignorado por grande parte dos neurologistas, mas logo veio a ser adorado pelos psiquiatras.

Os primeiros psiquiatras eram poucos em número, trabalhavam exclusivamente em asilos e carregavam o peso do infeliz título de “alienistas”. No entanto, depois de Freud isso mudou, e mudou rápido. A especialidade psiquiátrica mudou o foco de pacientes internos muito doentes para externos não tão doentes. Psiquiatras deixaram os hospitais em hordas para estabelecer consultórios para esses indivíduos. Ao passo que em 1917 apenas 10% atuava fora de hospitais, hoje esses profissionais já são a maioria.¹³ A quantidade de psicanalistas nos Estados Unidos também inchou com os proeminentes refugiados do nazismo e os clínicos de saúde mental das novas e crescentes profissões da psicologia e do serviço social. Um grupo de terapeutas em veloz expansão tratava uma população de pacientes externos muito maior, porém muito menos doente, usando o novo conjunto de diagnósticos, mais brandos, oriundo da psicanálise.

Simultaneamente, as guerras mundiais ampliavam as fronteiras da psiquiatria e a colocavam no centro das atenções. A enfermidade psiquiátrica foi identificada como uma importante ameaça ao esforço de guerra – causa frequente de inaptidão para o serviço militar, forma comum de baixas e fonte de incapacitação contínua nos que retornavam para casa. As classificações existentes, formuladas para pacientes hospitalizados em situação grave, não serviam à tarefa de diagnosticar o que afligia as tropas. Psiquiatras foram convocados para refinar o sistema e buscar uma forma de manter os soldados prontos para o combate. Muitos ascenderam a altas

patentes militares (incluindo um general) e exerceram extraordinária influência em decisões sobre recrutamento, permanência no serviço ativo e tratamento.¹⁴ Uma nova e expandida classificação diagnóstica foi criada pelo Exército, revisada pela Administração de Veteranos e revisada mais uma vez pela Associação Norte-Americana de Psiquiatria: o *Manual Diagnóstico e Estatístico I*, publicado em 1952.¹⁵

O DSM-III SALVA A PSIQUIATRIA

A psiquiatria floresceu após a Segunda Guerra Mundial – tendo provado sua têmpera militar, ganhou um novo papel de destaque na vida civil. Departamentos específicos foram criados pela primeira vez em todas as faculdades de medicina, e novas unidades foram inauguradas na maioria dos hospitais gerais. O modelo predominante era o psicanalítico, o foco era no tratamento, e a postura era de confiança profissional. Enquanto isso, o diagnóstico psiquiátrico não gozou da mesma renascença – era um quieto e insignificante remanso completamente ignorado em meio a toda a agitação. O *DSM-I* (publicado em 1952) e o *DSM-II* (1968) não eram lidos, nem amados, nem utilizados.¹⁶⁻¹⁷

Então, de súbito, no início dos anos 1970, o diagnóstico foi exposto como o calcanhar de aquiles que poderia derrubar a psiquiatria. Dois artigos amplamente divulgados lançaram uma ameaça existencial à sua recém-adquirida credencial de especialidade médica plena. Primeira bomba: um estudo internacional britânico e norte-americano em que psiquiatras dos dois lados do oceano tiravam conclusões diagnósticas radicalmente diferentes, mesmo ao avaliar os mesmos pacientes em vídeo.¹⁸ Segunda bomba: um astucioso psicólogo mostrou como era fácil induzir psiquiatras a fornecer não apenas diagnósticos inexatos, mas também tratamentos absurdamente inadequados. Vários de seus alunos de pós-graduação foram até diferentes salas de emergência alegando ouvir vozes. Todos eles foram logo admitidos em hospitais psiquiátricos, apesar de mais tarde se comportarem de modo perfeitamente normal, e todos foram mantidos lá por várias semanas ou até vários meses. Os psiquiatras começaram a parecer charlatões suspeitos e antiquados, inaptos a participar da revolução das pesquisas que, muito em breve, modernizaria o resto da medicina.

Sem Robert Spitzer, a psiquiatria poderia ter se tornado cada vez mais irrelevante, retornando à obscuridade do pré-guerra. É raro um homem salvar uma profissão, mas a psiquiatria precisava muito ser salva, e Bob era um homem raro. Então um jovem pesquisador da Universidade de Columbia, já havia embarcado no que se tornaria uma busca duradoura e quase fanática por tornar o diagnóstico sistemático e confiável. Como Ahab perseguindo incansavelmente Moby Dick.

Bob estivera entre os pioneiros na criação de listas de checagem dos Critérios Diagnósticos de Pesquisa – um método baseado em critérios para dividir sintomas em transtornos, que aumentou a concordância entre os diagnósticos de classificadores que participavam de pesquisas.¹⁹ Também desenvolvera instrumentos de entrevista semiestruturada que controlavam as inconstâncias da avaliação ao sugerir uma sequência e um enunciado uniformes das perguntas utilizadas para verificar a presença ou a ausência de cada sintoma.²⁰ As primeiras descobertas feitas com o uso dos métodos de Bob foram animadoras: os classificadores alcançavam um grau razoavelmente bom de concordância se fizessem as mesmas perguntas e usassem o mesmo roteiro ao ir das contagens de sintomas ao diagnóstico. Isso cumpria o desafio imposto pelo estudo internacional. O que é mais importante, um sistema de diagnósticos confiável dava à pesquisa psiquiátrica meios para empregar as incríveis novas ferramentas da biologia molecular, da genética, da imagiologia cerebral, da estatística multivariada e dos ensaios clínicos controlados por placebo. De repente, a pesquisa em psiquiatria se tornou a menina dos olhos, e não mais a filha bastarda, da medicina. O orçamento do Instituto Nacional de Saúde Mental cresceu rapidamente, e na maioria das faculdades de medicina a psiquiatria chegou ao segundo lugar entre as fontes de recursos para pesquisas – atrás somente do departamento de medicina interna e muito à frente de todos os outros departamentos clínicos e de ciência básica. Os fabricantes de remédios também começaram a despejar rios de dinheiro na corrida para desenvolver novos medicamentos psiquiátricos lucrativos.

Spitzer havia aberto o caminho para a iniciativa da pesquisa psiquiátrica. Muitos teriam se contentado com isso, mas Bob era um homem de espírito irrequieto, e logo percebeu que ainda tinha voos muito maiores a alçar. Se o método de diagnóstico baseado em critérios funcionara tão bem na pesquisa, por que não aplicá-lo também à prática clínica do dia a dia? Era uma ambição escandalosamente audaciosa, mas a APA ofereceu a ele a

oportunidade perfeita de realizá-la. Em 1975, Bob foi convidado a presidir a força-tarefa do *DSM-III* e ganhou ampla autoridade para estabelecer seus próprios objetivos, escolher os métodos e selecionar os colaboradores. Spitzer era cheio de energia, determinado, teimoso e indomável – um verdadeiro entusiasta de tudo o que fazia. Sua meta era nada menos que transformar a psiquiatria como era praticada em todo o mundo e por todas as disciplinas de saúde mental. Como ele mesmo explicou na época: “Passaram-me a bola e eu corri com ela.” O *DSM-III* ²¹ daria fim à anarquia diagnóstica, concentraria a atenção no diagnóstico cuidadoso como um pré-requisito necessário a uma escolha de tratamento mais precisa e específica, e também construiria a muito aguardada ponte entre a pesquisa e a psiquiatria clínicas.²²

O desenvolvimento do *DSM-III* enfrentou um grande obstáculo. As provas científicas então disponíveis eram muito limitadas para guiar qualquer decisão – isto é, que transtornos deveriam ser incluídos no manual e que sintomas deveriam ser escolhidos para descrever cada um. Bob preencheu as enormes lacunas ao reunir pequenos grupos de especialistas em cada transtorno e usar seus conhecimentos para descobrir a melhor maneira de definir os conjuntos de critérios.

O processo não foi bonito de se ver – pareceu mais uma performance artística virtuosa do que uma deliberação científica. Todas as reuniões seguiram um padrão marcadamente uniforme. Um grupo de cerca de oito ou dez especialistas ficava praticamente trancado em uma sala e não emergia de lá até chegar a um acordo. As manhãs eram barulhentas e desregradas, com os participantes gritando os que achavam ser os melhores sintomas, muitas vezes vociferando uns com os outros suas opiniões discordantes. As visões apaixonadas eram defendidas com a feroz determinação vinda não de dados científicos, mas da experiência vivida, e parecia não haver maneira racional de escolher entre as diferentes sugestões. Bob passava a maior parte do tempo quieto – datilografando veloz e furiosamente em um canto, tentando anotar tudo. Após algumas horas anárquicas, chegava uma grande bandeja com uma saborosa refeição de delicatessen. Os especialistas, enfim, acalmavam-se enquanto começavam a trabalhar entre sanduíches, saladas de repolho, pickles e refrigerante de baunilha. Bob permanecia tecendo sem parar, com foco total e aparente indiferença à comida ou ao entorno. Como por milagre, terminado o almoço, ele havia digerido o caos matinal em um esboço dos critérios que condensava perfeitamente, em uma definição

coerente, todas as sugestões que divergiam. As tardes costumavam ser bem mais calmas, com os sonolentos participantes ajustando o produto conciliador de Spitzer. Sempre que persistia alguma controvérsia, a vantagem era de quem fosse mais barulhento, confiante, teimoso, experiente ou falasse com Bob por último. É uma forma terrível de desenvolver um sistema diagnóstico, que ficaria sujeito a todo tipo de viés, mas era a melhor disponível na época. E a surpresa é ter funcionado tão bem. O produto, sem dúvida, tinha defeitos, mas também notável utilidade.

Os colegas de Bob no desenvolvimento desses conjuntos de critérios eram na maior parte radicais da psiquiatria (e alguns psicólogos): a emergente e coesa legião de pesquisadores de visão biológica que se consideravam uma vanguarda a empurrar a área em direção ao resto da medicina, e para longe dos outrora dominantes modelos psicanalítico e social. O *DSM-III* foi divulgado como não teórico em relação à etiologia e igualmente aplicável aos modelos biológico, psicológico e social de tratamento. Isso era verdade no papel, mas não na realidade. Era verdade que os critérios eram baseados em sintomas superficiais e não diziam nada sobre causas ou tratamentos. Mas esse método se encaixava muito bem em um modelo biológico e médico de transtorno mental, e era uma grande promoção para ele. A rejeição de constructos psicológicos e contextos sociais mais inferenciais punha os outros modelos em séria desvantagem e a psiquiatria em uma espécie de camisa de força reducionista. O manual tentou compensar isso introduzindo um inovador sistema “multiaxial” – os pacientes eram classificados não apenas quanto aos sintomas psiquiátricos do Eixo I, mas também quanto aos transtornos de personalidade do Eixo II, as doenças médicas do Eixo III, os estressores sociais do Eixo IV e o nível geral de funcionamento do Eixo V. Infelizmente, o sistema multiaxial foi, em grande parte, ignorado. Durante algum tempo Bob tentou levar adiante um projeto de “deixar que cem flores desabrochem”, o qual teria destacado todos os fatores além do diagnóstico descritivo que deveriam contribuir para uma avaliação completa – porém, ele jamais decolou. Defensores dos modelos psicológico ou social sentiram-se preteridos do jogo e sofreram uma constante perda de status e influência desde a publicação do *DSM-III*.

Revoluções nunca são fáceis ou completas. Bob era uma força irresistível lutando contra centenas de milhares de objetos que pareciam imóveis. Os clínicos daquela época detestavam ser conduzidos como rebanhos (desde então a maioria foi domada). O *DSM-III* amontoou pacientes com base em

semelhanças superficiais, ignorando suas diferenças individuais. Por sua vez, clínicos de orientação psicológica preferiam valer-se da empatia e da intuição criativa para entender a complexidade da história de vida, das motivações inconscientes e do contexto social de cada paciente. Não queriam ser restringidos, seguir irracionalmente decorebas impostas de fora de maneira impessoal. A abordagem simplista do manual era absolutamente necessária para que os psiquiatras concordassem no diagnóstico – mas parecia deixar de fora quase tudo o que havia de mais interessante no paciente. Bob estava fornecendo uma língua franca, que, entretanto, não era muito atraente para a maioria das pessoas que teriam de usá-la. Estava transformando a poesia individual dos pacientes na prosa do *DSM-III*.

Eu comecei como um grande cético do documento e me tornei um convertido tardio e somente parcial.

Spitzer e eu nos conhecemos dez anos antes do *DSM-III*. Fui aluno dele no final dos anos 1960 – um sujeito do qual eu gostava muito pessoalmente, mas por quem tinha um grande descrédito profissional, por ele concentrar toda a atenção no que eu via como questões diagnósticas superficiais e tolas. O que me importava naquele momento era saber o que motivava o comportamento das pessoas e como eu poderia ajudá-las a viver um pouco melhor por meio da psicoterapia. Quando, alguns anos depois, Bob começou a trabalhar no manual, eu estava um pouco mais velho, não muito mais sábio e nem um pouco interessado. Nessa época, meu trabalho era dirigir o departamento ambulatorial do Hospital Cornell-New York, e meu dispendioso hobby era terminar a formação psicanalítica em Columbia, onde eventualmente o encontrava nos corredores. Em uma de nossas breves conversas, fiz uma sugestão que hoje parece maluca: que ele incluísse no *DSM-III* um transtorno de personalidade masoquista para descrever indivíduos que, por razões masoquistas inconscientes, sabotavam de maneira constante suas oportunidades de ser felizes. Era uma ideia que eu vinha estudando em aula e cogitando como possível tema para um artigo sobre psicanálise. Bob a rejeitou com razão, assim como eu fiz mais tarde quando alguém a propôs para o *DSM-IV*. Explicou que era inferencial demais para ser examinada de modo confiável e que qualquer transtorno psiquiátrico é autossabotador por natureza. Mas sua abordagem era ecumênica, e ele por instinto recrutava para a equipe do *DSM-III* qualquer um disposto a alimentar seu voraz e insaciável apetite por discussões de diagnósticos. Logo me vi atarefado com o documento, com a atribuição de editar a seção

de transtornos de personalidade e também de explicar e justificar os novos métodos aos colegas céticos que ele tinha nas diversas associações psicanalíticas.

À medida que fui entendendo bem o *DSM-III*, pude reconhecer muito mais sua necessidade, mas também entender melhor suas limitações inerentes. Minha impressão, que ainda me parece correta hoje, é que ele foi absolutamente essencial, mas também valorizado e consumido em excesso. Foi a salvação de uma psiquiatria de base científica, mas encurtou o campo de ação da área e alavancou uma perigosa inflação diagnóstica. Foi essencial por sistematizar o diagnóstico e o tratamento dos transtornos mentais. Antes, a psiquiatria era pura arte – às vezes brilhante, em geral idiossincrática e sempre caótica. Ainda existe nela muito de proveitosamente artístico, mas agora há uma padronização e um fundamento científico mais firme.

No entanto, a alardeada confiabilidade do *DSM-III* foi supervalorizada porque o nível de concordância diagnóstica obtido sob circunstâncias ideais em ambientes de pesquisa jamais pode ser atingido na confusão da clínica comum. O manual também foi superconsumido – literal e metaforicamente. Para surpresa geral, tornou-se um best-seller perene, vendendo centenas de milhares de cópias todos os anos, quantidade muito maior que a de profissionais de saúde mental. Foi vítima de seu próprio sucesso: tornou-se a “bíblia” da psiquiatria, excluindo outros aspectos da área que não deveriam, mas foram ocultados por sua sombra. O diagnóstico deveria ser apenas um item de uma avaliação completa, mas em vez disso passou a predominar. O entendimento da pessoa como um todo com frequência se reduziu ao preenchimento de uma lista de checagem. Perdidos no turbilhão ficaram o arco narrativo da vida do paciente e os fatores contextuais que influenciam o surgimento do sintoma. Não era um defeito inerente do *DSM-III*, mas veio do fato de ele ter recebido demasiada autoridade de clínicos, professores e seus alunos, pesquisadores, companhias de seguros, sistemas educacionais, órgãos de apoio a deficientes e tribunais. E do público. O diagnóstico baseado nele logo substituiu a psicanálise como assunto de bate-papos em coquetéis, e todos pareciam ansiosos por encontrar em suas páginas algo que se enquadrasse em seus problemas (ou nos de seu chefe).

A inflação diagnóstica foi a pior consequência do *DSM-III*. Uma parcela da culpa reside no modo como foi escrito, e grande parte no mau uso que lhe foi dado, em especial sob a influência da promoção da doença exercida

pelos fabricantes de remédios. O manual foi o sonho dos separadores e o pesadelo dos unificadores – e a separação, por natureza, leva à inflação diagnóstica. Para aumentar a probabilidade de acordo entre os clínicos, o bolo diagnóstico foi dividido em uma série de fatias muito pequenas e fáceis de digerir – mas isso também aumentou as chances de muito mais gente ser diagnosticada. Acrescente-se a isso o fato de o *DSM-III* também ser excessivamente inclusivo: muitos transtornos mentais novos descreviam manifestações sintomáticas leves na populosa fronteira com a normalidade. O súbito interesse de clínicos e pacientes pelo documento também estimulou o aumento de diagnósticos.

Dadas as condições de quando foi publicado, em 1980, o *DSM-III* provavelmente alcançou um bom equilíbrio entre sensibilidade (errando ao deixar de fora pessoas que necessitavam de diagnóstico) e especificidade (errando ao enquadrar quem não precisava). Na época, ninguém se deu conta de que essa gangorra logo penderia com força para o lado do sobrediagnóstico. As sementes da inflação diagnóstica plantadas pelo manual em breve se tornariam gigantescos pés-de-feijão quando regadas pelo marketing dos fabricantes de remédios.

O *DSM-III-R* – EXCESSO E PRECIPITAÇÃO

O *DSM-III-R* foi a revisão do *DSM-III*, publicado apenas sete anos mais tarde, em 1987. Seu objetivo era ser uma pequena recauchutagem, nada mais que um ligeiro *pit stop* para corrigir os erros e omissões detectados depois da publicação original. Bob Spitzer estava novamente no comando, e dessa vez sua energia e seu entusiasmo enormes saíram de controle. O projeto durou duas vezes mais que o planejado e fez muitas alterações significativas – todas na direção de facilitar a atribuição de um diagnóstico psiquiátrico. Eu fazia parte do círculo íntimo de conselheiros de Bob para a revisão,²³ mas era impossível conter sua fome de mudança e seu fervor expansionista.

O *DSM-III-R* foi um erro e uma distração. Uma das metas do *DSM-III* havia sido criar uma espécie de classificação lineana (ou “tabela periódica”) de transtornos mentais definidos de modo objetivo que estimulasse a pesquisa na clínica e na ciência básica. O sistema deveria ser iterativo e autocorretivo – tomando como ponto de partida essencialmente os

conjuntos de critérios do *DSM-III*, mas confirmando-os ou alterando-os conforme a pesquisa que promoviam. Esse processo circular jamais poderia ir adiante se o sistema diagnóstico oferecesse um objeto de pesquisa móvel, que mudasse de forma constante e caprichosa, baseado em opiniões arbitrárias.

Para mim, a lição aprendida foi que o diagnóstico tinha de repousar para que a pesquisa o alcançasse. Não fazia sentido ficar reorganizando a casa da psiquiatria descritiva, criando novos diagnósticos ou alterando os limiares dos já existentes, baseando-se apenas na veneta dos especialistas que porventura se encontravam na sala. O método que havia sido necessário para o *DSM-III* fora inadequado para o *DSM-III-R*. Mudanças de diagnósticos deveriam ser muito raras até que obtivéssemos uma compreensão muito mais profunda das causas dos transtornos mentais e da melhor maneira de defini-los e tratá-los. O *DSM-III*, por necessidade, tinha vindo majoritariamente da cabeça dos especialistas, traduzido para o “manualês” por Bob Spitzer. O futuro exigia mais cautela, padrões científicos mais estreitos, menos opiniões particulares e nada de mudanças só pela mudança.

A realidade plena da inflação diagnóstica ainda estava anos à frente, mas a ameaça já pairava no ar. O Prozac e o *DSM-III-R* foram ambos lançados em 1987. As vendas do primeiro decolaram ao menos em parte graças à vagueza da definição de transtorno depressivo maior do segundo. A mensagem era clara: drogas psicotrópicas ofereciam um vasto potencial de mercado, e as vendas podiam ser bastante influenciadas pelas decisões do manual. Era importante que o sistema diagnóstico não se tornasse uma ferramenta involuntária de marketing dos fabricantes de remédios.

A HISTÓRIA DO *DSM-IV*

Quando me perguntam por que fui escolhido para liderar a força-tarefa do *DSM-IV*, costumo brincar que foi um castigo pelos pecados que cometi em uma vida passada. A resposta séria é que de fato não sei por que fui escolhido, e o processo foi notavelmente casual. O diretor médico da APA perguntou se eu aceitaria a indicação. Pensei durante um dia e confirmei. Simples assim. Sem choro, sem vela, sem escrutínio, sem entrevistas, sem competição, sem teste de qualificações, objetivos ou métodos.

Para ilustrar o contraste, a maratona seletiva que precedeu minha indicação para diretor de psiquiatria na Universidade Duke levou quatro meses e incluiu: três reuniões com o comitê de seleção; numerosas conversas com o decano; encontros com o chefe do hospital, o presidente da universidade, o diretor financeiro, os diretores de todos os outros departamentos e com cerca de cinquenta membros do de psiquiatria. Mesmo antes disso tudo, um representante do comitê de seleção havia falado com pelo menos trinta pessoas para se informar a meu respeito. Antes de me contratar, a universidade já me conhecia melhor do que eu mesmo. O cuidadoso processo de escrutínio garantiu que tivéssemos um programa e um plano de ação formulados conjuntamente.

Em contrapartida, a Associação Norte-Americana de Psiquiatria me aceitou acima de tudo com base na fé, tendo pouca ideia de como eu agiria. É provável que tenham me escolhido porque eu havia trabalhado nos dois manuais anteriores e era presidente do Comitê de Diagnóstico da instituição – àquela altura, já era figurinha conhecida. E não havia tanta gente com experiência ou disposição para realizar o trabalho. No entanto, uma seleção formal teria assegurado que eu era a melhor opção e tornado tanto meus planos como o cargo muito mais claros. O processo casual me deu liberdade demais.

Também quase não houve direcionamento da APA sobre a escolha dos colegas que atuariam a meu lado no *DSM-IV* e como agir em sua preparação. A tendência natural é recrutar os amigos. É mais divertido trabalhar com pessoas de quem se gosta e muito mais fácil pressioná-las a dedicar as muitas horas não remuneradas necessárias para concluir a tarefa. Decidi, em vez disso, incluir todas as visões opostas naquelas que previ serem as questões mais controversas, apesar de ninguém ter me mandado fazer isso.

Estabelecemos metas extremamente modestas para o *DSM-IV*: introduzir rigor, objetividade e transparência na tomada de decisões, e não inovar ou acrescentar toques pessoais ao sistema.²⁴⁻²⁵ Eu sabia que se fixássemos um ônus da prova bastante alto, poucas mudanças seriam feitas, pois não haveria provas convincentes para sustentá-las. Dados raramente saltam da página, nos agarram pela garganta e insistem para fazermos alguma alteração. O estranho era a APA ter tão pouca ideia de quais seriam meus objetivos e tão pouco a dizer para moldar a direção do manual. Isso foi um erro. Ninguém no mundo deveria ser deixado livre para determinar o futuro de um sistema diagnóstico de tamanha influência. Os numerosos problemas que assolaram o

DSM-5 ilustram os riscos inerentes a uma liderança sem controle e potencialmente idiossincrática.

Isso traz à baila o problema do estilo de liderança. Eu estava seguindo os passos de um líder carismático que demonstrava um interesse apaixonado em cada questão e adorava as controvérsias que as cercavam. A abordagem de Bob era adequada à tarefa de fabricar um sistema diagnóstico radicalmente novo, mas criatividade e inovação não eram as habilidades mais apropriadas às pequenas correções de trajeto necessárias para o *DSM-III-R* ou o *DSM-IV*. Os sete anos de intervalo entre o *DSM-III* e sua revisão e entre esta e a edição seguinte (1980, 1987 e 1994) não haviam gerado descobertas fortes o bastante para justificar uma revisão significativa do sistema. Portanto, vi meu papel como o de um refinador/conservador, e não de um inovador. A exigência de um alto nível de evidência científica antes de qualquer mudança tornava a maioria das questões de personalidade e liderança cartas fora do baralho. Preparei um sistema impessoal que funcionaria de modo automático para evitar e resolver controvérsias. Tomar decisões era seguir regras em vez de convicções pessoais conflitantes. O papel de membro do grupo de trabalho foi definido como o de um “estudioso do consenso”, que ficava analisando em silêncio tabelas de dados disponíveis, e não defendendo uma causa ou aspirando a ser um inovador pioneiro do diagnóstico.

Não gosto de controvérsias e as considero improdutivas – quase sempre geram problemas e raramente soluções. Então assumimos a posição realista de que qualquer divergência prolongada acerca da interpretação dos dados significaria que a literatura científica era muito esparsa ou ambígua para sustentar mudanças. Alterações seriam feitas apenas quando absolutamente necessário e se houvesse consenso esmagador a respeito da ciência. Isso não aconteceu com muita frequência. Qualquer falta de veredicto seria decidida em favor do *status quo*. Não fizemos votações, e não me lembro de nenhuma divergência séria.

Ter centenas de especialistas resolutos trabalhando em um projeto poderia ser uma receita para a anarquia. O antídoto foi padronizar procedimentos de operação e assegurar que todos os seguissem estritamente. Todos os cronogramas para a confecção do manual foram estabelecidos bem antes de pormos a mão na massa. Uma série de conferências de métodos garantiu que todos os procedimentos fossem realizados de maneira coerente. O limiar para alterações era claro, uniforme e rigoroso. Criamos uma trilha de obstáculos dividida em três estágios com o intuito de eliminar novas

sugestões. O estágio 1 era pesquisar resenhas de literatura que reunissem, de forma minuciosa, os dados científicos disponíveis, com atenção especial aos possíveis riscos e consequências indesejadas de qualquer mudança. O estágio 2 consistia em reanálises de dados financiadas pela Fundação MacArthur. Isso nos permitiu acessar dados já coletados, mas ainda não analisados, que se encontravam nos computadores de investigadores mundo afora. Podíamos fazer perguntas pertinentes às decisões do *DSM-IV* que ainda não haviam sido respondidas na literatura publicada. O estágio 3 era composto de ensaios de campo revisados por pares e financiados pelo Instituto Nacional de Saúde Mental, cobrindo 12 transtornos em que mudanças eram contempladas. O objetivo era testar os conjuntos de critérios alternativos para compará-los sob condições que se aproximavam da vida real (mas que não a replicavam).

O papel da liderança central era o controle de qualidade. Nosso trabalho não era decidir questão alguma, mas assegurar que as regras fossem seguidas. Também era preciso garantir que todos os prazos fossem cumpridos. O resultado de todo esse rigor metodológico foi exatamente o que esperávamos. As propostas particulares dos especialistas foram derrubadas de forma sistemática porque a ciência não estava lá para sustentá-las. O *DSM-IV* foi fiel ao *DSM-III-R*.

Todo o nosso trabalho foi um livro completamente aberto, com fronteiras porosas ao extremo. Qualquer um que demonstrasse interesse no *DSM-IV* poderia se tornar consultor do processo. Os membros do grupo de trabalho eram estimulados a dizer tudo e pedir todo tipo de contribuição aos colegas. Em determinado ponto foi publicado um Livro de Opções que dava a todos a chance de examinar e vetar todas as mudanças propostas. Também lançamos um abrangente Livro de Referência do *DSM-IV*, em quatro volumes, como recurso de arquivo, que trazia todas as resenhas de literatura, as reanálises de dados, os ensaios de campo e as justificativas das decisões.²⁶ Como veremos, o *DSM-5* deu tão errado em grande parte devido ao fato de ter se mantido sigiloso e fechado a correções externas.

Víamos o *DSM-IV* como um guia, e não como uma bíblia – uma coletânea de constructos diagnósticos temporariamente úteis, em vez de um catálogo de doenças “reais”. Tentamos deixar isso bastante claro na introdução do manual e, em maior grau, em seu guia. Infelizmente, não estou certo de que alguém leia a introdução e sei que poucos leram o guia.²⁷⁻²⁸ As categorias do

DSM não devem ser veneradas, mas sem dúvida conhecê-las faz do profissional um clínico melhor.

O *DSM-IV* não nos trouxe de volta ao normal – sequer nos levou muito perto disso. Três anos após o lançamento, lobistas dos fabricantes de remédios conquistaram uma vitória esmagadora contra a regulamentação sensata. Os Estados Unidos tornaram-se o único país do mundo a autorizar o anúncio de fármacos direto ao consumidor. Muito em breve as ondas do rádio e a imprensa estavam cheias de indicações reluzentemente enganadoras de que os problemas cotidianos eram, na verdade, transtornos psiquiátricos não detectados. O *DSM-IV* revelou-se uma barreira muito frágil para conter a enxurrada de falsas demandas instigada pela agressiva e diabolicamente astuta investida das companhias farmacêuticas. Apesar de nossa constante rejeição a sugestões que teriam beneficiado essas empresas, não previmos que mesmo nosso manual conservador pudesse ser um instrumento tão fácil para a propaganda. Dentro de alguns anos, estava claro que eles haviam ganhado, e nós, perdido.

Havia medidas que poderíamos (e provavelmente deveríamos) ter tomado para ajudar a deter a inflação diagnóstica. O que é mais importante, poderíamos ter estreitado os limiares diagnósticos do *DSM-IV* (exigido mais sintomas, duração mais longa e maior grau de incapacitação) para tolher mais a venda de diagnósticos pelas companhias. Porém, havíamos caído em nossa própria armadilha, talvez imparcial e conservadora demais – nossas estritas regras probatórias requeriam a presença de dados científicos extensivos e convincentes antes de mudarmos algo em qualquer direção. O cumprimento dessas regras tornou tão difícil esvaziar o sistema diagnóstico quanto inflá-lo. Elas eram uma restrição necessária para conter decisões arbitrárias e as tendências naturais dos especialistas a expandir seus próprios domínios. A opção de nos basearmos em evidências em vez de nos guiarmos por opiniões ajudou a evitar que contribuíssemos para uma nova inflação, mas também nos impediu de reduzir a que já estava em curso. Sabendo o que sei hoje, é provável que isso tenha sido um erro. Teria sido melhor usar dois pesos e duas medidas, exigindo menos provas para efetivar a deflação do que para promover a inflação. É fato que a primeira teria sido difícil e arbitrária, mas agora parece preferível aos diagnósticos e tratamentos excessivos que, desde então, foram protegidos por nossa fidelidade às provas.

E poderíamos ter feito muito mais para soar o alarme. Deveríamos ter sido muito mais ativos no que tange a educar os profissionais da área e os futuros pacientes quanto aos riscos do sobrediagnóstico. O manual deveria ter alertas mais incisivos sobre o problema e fornecer dicas de como evitá-lo. Deveríamos ter organizado conferências profissionais e públicas, além de campanhas educativas, para contra-atacar a propaganda dos fabricantes de remédios. Nada disso ocorreu a qualquer um de nós na época. Ninguém sonhou que a publicidade da indústria farmacêutica explodiria três anos após o lançamento do *DSM-IV* ou que haveria as enormes epidemias de TDAH, autismo e transtorno bipolar – e, portanto, ninguém sentiu a urgência de impedi-las. Acreditávamos ter feito um trabalho razoavelmente bom ao escrever o documento, e não víamos como nossa incumbência assegurar que ele fosse usado com responsabilidade. Comemos mosca. Mesmo que tivéssemos sido mais perspicazes e rígidos, é provável que não tivéssemos contido a maré do sobrediagnóstico. A indústria farmacêutica é simplesmente muito grande, rica e cheia de poder político. Mas eu me arrependo muito de não termos tentado com mais afinco.

Então, qual é meu balanço final do *DSM-IV*? Definitivamente, misto. O lado positivo: fizemos muito poucas mudanças, desenvolvemos e implementamos um escrupuloso método de revisão científica, tornamos a redação e a codificação do manual mais precisas e cometemos apenas um erro óbvio. O lado negativo: nossas mudanças contribuíram de maneira direta para as falsas epidemias de autismo, déficit de atenção e transtorno bipolar adulto; não fizemos nada para evitar o sobrediagnóstico de vários outros transtornos que foram dilatados pelos fabricantes de remédios; e nosso único erro patente foi um desastre, uma seção de parafilia redigida com desleixo, que permitiu o abuso institucional generalizado de internações psiquiátricas involuntárias. Poderíamos ter feito muito pior, mas deveríamos ter feito melhor, prevenindo consequências indesejadas e evitando o prosseguimento da inflação diagnóstica. A tentativa ferrenha de sermos rigorosos e de “não causar dano” protegeu-nos da maioria dos equívocos de ação, mas nos levou a sérios equívocos de omissão. Não causamos muito dano, mas também não ajudamos muito. Quando o concluímos, fiquei bastante satisfeito com o *DSM-IV*. Agora queria que tivéssemos feito mais para nos levar de volta ao normal e diminuir a facilidade com que os fabricantes de remédios foram capazes de vender doenças.

Foi levantado um questionamento legítimo quanto às motivações dos profissionais que trabalharam na quarta edição do *DSM* – pegamos leve com a inflação diagnóstica devido a um conflito financeiro de interesses? A preocupação vem de um recente estudo que mostrou que 56% de nossos especialistas tinham alguma ligação financeira com fabricantes de remédios. Afirmou-se que as empresas estavam manipulando a situação nos bastidores, direta ou sutilmente, para fazer com que as decisões favorecessem mais diagnósticos e tratamentos. Sem dúvida, a questão é legítima, pois não tínhamos uma política de conflito de interesses ou um sistema de escrutínio formais. Essa omissão foi um erro tolo de nossa parte – tal necessidade simplesmente jamais ocorreu a qualquer um de nós quando iniciamos o trabalho nos inocentes dias pré-Prozac de 1987. Não há desculpa para termos deixado de lançar mão das ferramentas formais de proteção contra conflitos de interesses. Peço desculpas por isso, mas não concordo com a acusação de que conflitos de interesses financeiros tenham pesado em qualquer decisão nossa. A prova disso está no resultado final. Os resultados provam que nosso rigoroso método de revisão nos protegeu de potenciais conflitos tanto quanto o escrutínio mais minucioso o teria feito. Dezenas de propostas que teriam beneficiado os fabricantes de remédios foram derrubadas. Apenas duas de nossas decisões acabaram ajudando-os: afrouxar ligeiramente os requisitos para o transtorno do déficit de atenção e incluir o transtorno bipolar tipo II. Ambas preencheram um importante nicho clínico, apoiavam-se em evidências substanciais e nenhuma delas tinha um valor comercial muito óbvio quando foram tomadas. Infelizmente, mais tarde ambas foram exploradas pelas companhias farmacêuticas quando estas ganharam o direito de anunciar aos consumidores, após desenvolverem novos e caros produtos para vender – mas isso ocorreu de uma forma que não poderíamos ter previsto ou evitado. A indústria de medicamentos não teve participação alguma na redação do *DSM-IV*, mas teve o papel decisivo em seu mau uso. Concordo que a mulher de César precisa estar acima de qualquer suspeita, mas também tenho a convicção de que nesse caso a suspeita é injusta.²⁹⁻³⁰

O *DSM* tem um retrospecto ambíguo. Suas edições serviram à função extremamente valiosa de elevar a confiabilidade do diagnóstico e de estimular uma revolução nas pesquisas em psiquiatria. Mas também tiveram a perigosíssima consequência indesejada de alavancar e ajudar a manter uma

inflação diagnóstica desgovernada, que ameaça o normal e resulta em um sobretratamento maciço com medicação psiquiátrica.

CAPÍTULO 3

A INFLAÇÃO DIAGNÓSTICA

Alice: “Mas eu não quero ficar entre gente louca.”

Gato de Cheshire: “Ah, é inevitável, somos todos loucos aqui.”

LEWIS CARROLL, *Alice no País das Maravilhas*

A pesquisa médica avançou de tal forma que quase não restaram pessoas saudáveis.

ALDOUS HUXLEY

A inflação diagnóstica tem numerosas causas e precisará de muitas curas. Alguns dos problemas são inerentes à psiquiatria e necessitam de uma cura vinda de dentro da profissão. No entanto, uma série de forças externas mostrou seu poder, apropriou-se do *DSM-IV* e utilizou métodos astuciosos para estimular seu mau uso. Conseguiu mudar os hábitos de diagnóstico de maneiras que nunca imaginamos possíveis e não tínhamos as ferramentas para controlar. Os últimos trinta anos testemunharam um círculo vicioso assustador. A inflação diagnóstica levou a um crescimento explosivo do uso de drogas psicotrópicas, o que em seguida gerou enormes lucros, que proporcionaram à indústria farmacêutica os meios e o pretexto para transformar a bolha diagnóstica em um balão que se expande constantemente. A moeda do diagnóstico psiquiátrico foi desvalorizada, tornando o “normal” um artigo de luxo. Assim como na inflação monetária, o mau dinheiro tira o bom de circulação, e a alocação de recursos é distorcida. O esforço desperdiçado com quem não sofre de transtornos reais priva aqueles que sofrem de receber diagnóstico e cuidado psiquiátricos de extrema necessidade.

AS CAUSAS DA INFLAÇÃO DIAGNÓSTICA: SEGUINDO A ONDA DO RESTO DA MEDICINA

A psiquiatria não inventou a inflação diagnóstica – apenas foi cegamente atrás da multidão ao transformar o aparente bem-estar em uma temida doença. O resto da medicina chegou primeiro, ao promover a ideia de que todos nós precisamos nos submeter a baterias de testes de rastreamento regulares para descobrir o que pode estar errado com nosso corpo, mesmo antes de sentirmos qualquer sintoma de enfermidade. Que objetivo atraente – identificar o mal cedo para evitar que ele ganhe força e cause algum dano. Não apenas reduziria o sofrimento humano, como também economizaria dinheiro. Detectar o câncer antes que ele se espalhe, tratar o menor aumento da pressão sanguínea antes que gere uma doença cardíaca, controlar a taxa de glicose antes que vire diabetes, deter a perda de massa óssea antes que a osteoporose cause fraturas. Em seu extremo mais revelador, pessoas se submeteram a tomografias computadorizadas anuais de corpo inteiro para visualizar com clareza cada recanto e fissura internos – até se tornar claro que o teste era pior que a doença. Os riscos de desenvolver câncer devido à exposição aos raios X eram muito superiores a qualquer possível benefício em detectá-lo em estágio inicial. A intervenção preventiva seria maravilhosa se, pelo menos, tivéssemos uma forma acurada de identificar quem precisa dela. Contudo, a maioria dos testes de rastreamento pega gente que deveria ser deixada em paz.¹

O frisson da prevenção surgiu em todo lugar. Grandes progressos na ciência médica são anunciados de maneira incessante todos os dias. É constante a invenção de novos testes, e os limiares de anormalidade dos antecessores são baixados – dando origem a hordas de novos pacientes. Médicos pedem extensas baterias de todos os exames imagináveis a cada um, só por garantia. Propagandas divulgam os benefícios do rastreamento e os terrores de permitir que a doença corra solta. A tática da histeria foi um enorme sucesso financeiro para seus promotores, mas as evidências mostram que, com poucas exceções (por exemplo, o rastreamento do câncer de pulmão em fumantes ou do de cólon em qualquer pessoa), os testes muitas vezes são nocivos aos pacientes – além de não trazerem resultados efetivamente melhores, sobrecarregam quem a eles se submete com tratamentos agressivos, caros e desnecessários. E o desperdício para a sociedade chega à casa das centenas de bilhões de dólares anuais, que

seriam mais bem empregados no tratamento de pessoas com enfermidades reais e sem seguro no momento. A medicina preventiva é uma meta extraordinária que perdeu seriamente o rumo ao ser industrializada e escravizada pelo lucro e pelo frisson.

A sanidade está começando a prevalecer. Recentemente, nove sociedades profissionais iniciaram uma campanha de “escolha inteligente”, publicando uma lista de 45 testes e procedimentos outrora celebrados que haviam sido supervalorizados.² O rastreamento do câncer de próstata não é mais recomendado: não salvou vidas e resultou em desnecessárias cirurgias agressivas. O de câncer de mama teve uma grande redução. Adeus às tomografias para dor de cabeça ou raios X para lombalgia. E descobriu-se que broncodilatadores e oxigênio não funcionam para a maioria das pessoas com doença pulmonar obstrutiva crônica.³ A lista é extensa e reveladora. A medicina baseada em evidências está demonstrando que o impulso dado à prevenção foi excessivo, prematuro e sem fundamento.

A identificação precoce de enfermidades sofre do problema da “agulha no palheiro”. Testes de rastreamento costumam estabelecer parâmetros baixos para não ignorar quem precisa de diagnóstico, mas nesse processo acabam inevitavelmente rotulando de modo equivocado muitos que não precisam.⁴⁻⁵ Os benefícios à minoria, se há, são excedidos pelos danos à maioria. O frisson enganador pela intervenção precoce vem em parte do entusiasmo cheio de boa-fé de pesquisadores e médicos, ansiosos por ajudar os pacientes a combater a doença. No entanto, o melhor conselho para eles vem do Coelho Branco em *Alice no País das Maravilhas*: “Não faça coisa alguma, fique aí parada.”

E a motivação do lucro também tem seu papel. Há cinquenta anos, o presidente Eisenhower visionariamente prenunciou o dano econômico e social que seria causado por um poderosíssimo complexo militar-industrial.⁶ Em um desenvolvimento paralelo, testemunhamos o crescimento explosivo de um poderosíssimo complexo médico-industrial que engloba a indústria farmacêutica, companhias de seguros, laboratórios de testes, fabricantes de equipamentos e aparelhos, hospitais e médicos – todos ansiosos por expandir o mercado com a criação de um novo reservatório de indivíduos sadios supostamente “prestes a adoecer”, que precisam de exames e tratamentos para evitar que um dia fiquem doentes.

Os Estados Unidos gastam quase o dobro do resto do mundo em assistência médica per capita.⁷ É um dreno formidável à economia do país, e

o investimento de 2 trilhões de dólares tem poucos retornos. Temos resultados medíocres na medicina, testamos e tratamos em excesso quem não precisa e deixamos de fornecer assistência adequada a muitas pessoas com grandes necessidades. Provavelmente não conseguiríamos planejar um sistema menos eficiente ou equitativo, ainda que tentássemos com todo o afinco.

Enquanto isso, negligenciamos as melhores formas de prevenção – isto é, a promoção de exercícios, a dieta apropriada, o uso moderado de álcool e a abstenção de tabaco e drogas. Essas medidas extremamente úteis e econômicas não são lucrativas para o complexo médico-industrial e, portanto, não contam com seu poderoso e bem-financiado patrocínio. O maior avanço da saúde nos Estados Unidos nos últimos 35 anos veio da campanha relativamente barata pela redução do fumo, e não dos caríssimos esforços desse complexo. Uma campanha similar pela redução da quantidade de exames e tratamentos nos pouparia dinheiro e nos tornaria mais saudáveis. Vamos esperar que a “escolha inteligente” ajude a corrigir os excessos da medicina preventiva.

E vamos esperar que o falso elixir da prematuridade da medicina preventiva não vaze sobre a psiquiatria. Aqueles que defendem o valor do alargamento das fronteiras do transtorno mental argumentam que identificar e tratar os doentes moderados ajudará a evitar o agravamento do problema, apoiando-se no que presumem ser o retumbante sucesso obtido pelo rastreamento e pela intervenção precoce.⁸ Contudo, há uma perigosa mosca nessa sopa – na maioria dos casos, a intervenção é um fracasso e proporciona um modelo terrível. A psiquiatria está copiando equivocadamente os piores aspectos da medicina norte-americana: a combinação de um perigoso excesso para uns com uma perversa negligência para outros.

O ESTRESSE DA SOCIEDADE ESTÁ NOS ADOECENDO MAIS?

Uma teoria diz que as taxas de doença mental estão crescendo porque vivemos sob a pressão extrema de uma sociedade acelerada e estressante. Talvez seja difícil ser normal porque o mundo moderno está nos enlouquecendo. Não é fácil refutar essa sugestão, mas eu a julgo totalmente

inconvincente. Entre as centenas de milhares de gerações ancestrais que já passaram pela Terra, sem dúvida somos a mais sortuda – temos o privilégio extraordinário de viver aqui e agora. As gerações anteriores (bem como as pessoas que hoje vivem em partes menos favorecidas de nosso superlotado globo) sofriam catástrofes diárias que são inimagináveis para a maioria de nós. A vida sempre foi, e sempre será, um enorme estresse de uma forma ou de outra. De fato, os incômodos mentais só nos atormentam dessa maneira porque a maioria de nós não tem de se preocupar com a próxima refeição ou com a ameaça de ser devorado por um tigre que esteja passando.

Uma segunda variante da hipótese do ambiente tóxico é que os índices de doença mental foram alçados por estresses físicos, e não emocionais. A versão mais popular dessa hipótese é a ideia totalmente desacreditada, porém persistente, de que vacinas causam autismo.⁹ Outras causas ambientais parecem igualmente implausíveis: flutuações nos índices de diagnósticos seguem um curso de tempo muito mais consoante à moda que a toxinas.

Os únicos poluentes ambientais cujo impacto substancial sobre os transtornos mentais foi provado são o álcool e as drogas. Estes afetam o cérebro com uma forte pancada que pode mimetizar praticamente todos os sintomas psiquiátricos presentes neste livro. No entanto, eles respondem apenas por uma pequena fração da inflação diagnóstica. O fato revelador é que os transtornos infantis não muito afetados por substâncias são os que mais se expandiram nos últimos tempos.¹⁰

Uma terceira suposição defende que não estamos adoecendo mais, apenas nos tornamos mais capazes de localizar enfermidades que antes passavam despercebidas. Uma parte da inflação diagnóstica é, sem dúvida, desejável – detectar casos outrora ignorados. No entanto, é só uma parte, e provavelmente pequena. Rótulos diagnósticos não podem ser aplicados com precisão cirúrgica para distinguir com exatidão quem de fato necessita de diagnóstico e quem não necessita. Nos extremos da doença grave e da saúde completa, a distinção é realmente óbvia. Porém, a fronteira entre transtorno mental e normalidade é tão difusa que, sempre que expandimos rapidamente o uso de rótulos psiquiátricos para identificar uns poucos indivíduos que precisam de ajuda, nos enganamos com muitos outros que não precisam.

A natureza humana é estável e resiliente. Nunca existiu uma verdadeira epidemia de doença mental, apenas uma definição muito mais vaga de enfermidade, que tornou mais difícil considerar uma pessoa saudável. As

peças continuam as mesmas, os rótulos diagnósticos é que mudaram e ficaram elásticos demais. Problemas que eram elementos esperados e tolerados da vida hoje são diagnosticados e tratados como transtornos mentais. A aplicação, ou o abandono, de um rótulo nessas situações fronteiriças determina de que forma nos vemos como indivíduos e como sociedade. Se criamos uma definição excessivamente larga e a aplicamos de maneira liberal, de pronto recrutamos um exército de novos “pacientes”, muitos dos quais ficariam bem melhor se deixados à própria sorte. Não somos uma sociedade mais doente em nenhum aspecto real – mesmo que nos vejamos assim.

O estresse social não está causando mais doenças mentais verdadeiras, mas há outras tendências que de fato promovem a sensação de que estamos ficando mais doentes. Nosso mundo é homogeneizador – temos cada vez menos tolerância às diferenças e excentricidades individuais e tentamos medicalizá-las como enfermidades. O garoto mais jovem da turma não é o mais ativo por ser apenas um menino – deve sofrer de TDAH e precisa ser tratado à base de comprimidos.¹¹ E a sociedade está se tornando cada vez mais perfeccionista. Não alcançar a felicidade plena ou não ter uma vida livre de preocupações muitas vezes são traduzidos como doenças mentais. Temos objetivos muito elevados e expectativas irrealistas – em especial no que se refere às crianças.

NOVOS MODISMOS PROMOVEM A INFLAÇÃO DIAGNÓSTICA

Nos últimos tempos, as modas do diagnóstico psiquiátrico tornaram-se quase tão volúveis quanto a popularidade de astros do rock, restaurantes bacanas e destinos de viagem. Como não há testes biológicos ou definições claras que distingam a normalidade do transtorno mental, tudo depende de julgamentos subjetivos influenciados com muita facilidade. Sempre que as taxas de um transtorno explodem, a aposta segura é no modismo. Presuma que muitos, se não a maioria, dos “pacientes” recém-identificados sejam na verdade “normais o bastante”. Foram mal rotulados e é provável que sejam sobretratados.

Modismos psiquiátricos começam quando uma autoridade poderosa lhes dá força e legitimidade. O sistema do *DSM* e os “especialistas” que o

moldaram foram os principais criadores de modas – a força motriz da identificação de novos transtornos mentais e da definição de formas mais brandas daqueles que já haviam sido descritos. Infelizmente, a maioria dos especialistas sofre de um conflito de interesses intelectual que os desvia para a inflação diagnóstica. Concentrados em sua especialidade de pesquisa, não olham para o todo, sempre com tanto medo de não ter um diagnóstico para um paciente que necessite que acabam ignorando o risco de rotular mal alguém que não precise. Há também um elemento emocional. Os especialistas tornam-se fanáticos que realmente passam a amar seus diagnósticos de estimação e querem vê-los crescer. Embora cada um pressione apenas por uma pequena dilatação, a pressão conjunta incha o balão inflacionário. Em meus 35 anos arrebanhando especialistas, ninguém jamais sugeriu elevar os patamares para estreitar sua área de atuação.¹²

A mídia e a internet sustentam modismos e se alimentam deles. No mundo conectado de hoje, epidemias falsas podem se alastrar como fogo, abastecidas pela cobertura em tempo integral. Os holofotes são, em parte, extremamente valiosos – aumentam a compreensão e a aceitação públicas do transtorno mental –, porém muitas histórias propagam de modo incessante a inflação diagnóstica. “O autismo acomete uma a cada oitenta pessoas!”; “O teste e a cura do Alzheimer estão logo ali!”; “Seu filho tem TDAH?”; “Médico de Harvard afirma que transtorno bipolar é subdiagnosticado!”. E a internet é maravilhosa ao oferecer apoio, interação social, informação e desestigmatização a pessoas com sintomas psiquiátricos, mas também mina a normalidade, na medida em que indivíduos essencialmente saudáveis se identificam de forma incorreta como doentes, visando a adquirir os confortos proporcionados pela admissão no grupo. Celebridades também exercem um papel como exemplares de diagnósticos e defensores de tratamentos.

Evidentemente, o maior promotor dos modismos recentes foi o marketing dos fabricantes de remédios. Mas esse é um triste caso à parte, do qual falaremos em breve.

O DSM TORNA-SE VÍTIMA DA PRÓPRIA IMPORTÂNCIA

Sendo a natureza humana como é, a prevalência de qualquer diagnóstico psiquiátrico aumentará de modo artificial sempre que servir como controle

de acesso a algo valioso. Em um mundo mais simples, o diagnóstico era baseado apenas em necessidades clínicas percebidas. Porém, agora que ele alcançou uma poderosa (e indesejada) influência sobre muitas decisões administrativas e financeiras, estas reciprocamente também conquistaram uma poderosa influência sobre os índices de diagnósticos. A inflação diagnóstica é promovida sempre que um médico fornece um “diagnóstico vitaminado” para ajudar o paciente a obter acesso a algo valioso – como benefícios por invalidez ou serviços educacionais. Quando o autismo, o TDAH ou o transtorno bipolar pediátrico forem pré-requisitos para admissão em uma pequena classe cheia de atenção individual, casos dúbios serão empurrados para essas categorias, e logo nasce uma epidemia.

De maneira análoga, o “transtorno mental” sempre aumenta em tempos de alto índice de desemprego. Alguns demitidos recebem um novo diagnóstico porque desenvolveram sintomas, outros porque se tornarão elegíveis à invalidez. Como os benefícios para veteranos requerem um diagnóstico de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), esse transtorno é sobrediagnosticado. Ocorre um paradoxo: tentar ajudar dando um diagnóstico pode acabar prejudicando. Muitos veteranos que retornaram do Iraque e do Afeganistão estão encontrando dificuldade para conseguir emprego devido ao estigma associado ao diagnóstico de TEPT. Além disso, o sobrediagnóstico interfere nas alocações em todo o sistema, diminuindo os recursos e os benefícios para quem mais precisa.

O mais absurdo impulsionador da inflação diagnóstica é a maneira como o seguro-saúde funciona nos Estados Unidos. Para ser pago, o médico precisa ter um diagnóstico aprovado. Isso é feito para evitar consultas frívolas. No entanto, o efeito involuntário é exatamente o oposto de um controle de custos prudente. A busca prematura por um diagnóstico psiquiátrico reembolsável com frequência resulta em um tratamento desnecessário, potencialmente nocivo e muitas vezes caro para problemas que desapareceriam sozinhos. Seria muito mais barato e melhor para a seguradora reembolsar o médico por aguardar e orientar de forma vigilante, recompensando-o por não chegar a conclusões precipitadas que são muito custosas em longo prazo. Tal solução perfeitamente sensata é a política utilizada no resto do mundo.

A EPIDEMIOLOGIA FAZ A CONTA ERRADA

De vez em quando os jornais noticiam que os índices de transtornos psiquiátricos estão subindo, às vezes de forma dramática. Os melhores exemplos atuais são o autismo e o transtorno do déficit de atenção. Não acredite nos números. Os “índices” foram gerados por epidemiologistas psiquiátricos, que usam um método inerentemente falho e sistematicamente tendencioso na direção do excesso de notificações.

Como pode toda uma área de empreendimento científico ter se desviado tanto do caminho? É uma simples questão financeira. Estudos epidemiológicos têm de amostrar enormes quantidades de pessoas na população geral, usualmente por meio de entrevistas telefônicas. Sairia caro demais empregar clínicos em uma tarefa tão ampla – de maneira que os estudos se valem da mão-de-obra barata proporcionada por entrevistadores leigos, sem experiência clínica e sem discernimento para julgar se os sintomas são clinicamente significativos. Fazem diagnósticos de transtornos psiquiátricos baseados apenas no número de sintomas, sem levar em conta se eles são graves ou duradouros o bastante para, de fato, justificar um diagnóstico ou tratamento.

Isso resulta em índices sempre muito inflados. Sintomas psiquiátricos em forma leve estão amplamente distribuídos na população em geral – de tempos em tempos, quase todos sentirão alguma tristeza ou ansiedade, e outros podem ter dificuldade para se concentrar ou ser um pouco excêntricos. Contudo, sintomas isolados ou brandos por si sós não definem um transtorno: devem ser coesos ao longo do tempo de maneira especificada e também causar desconforto ou incapacitação significativos. É rotineiro os estudos epidemiológicos ignorarem esses requisitos cruciais. Eles diagnosticam erroneamente como transtorno psiquiátrico sintomas leves, transitórios e sem importância clínica.¹³

Resultados que se originam dessa maneira apressada não são mais que um limite superior na prevalência de qualquer transtorno. Nunca devem ser julgados pela aparência como um reflexo verdadeiro da extensão da doença na comunidade. Infelizmente, os excessivos índices são sempre divulgados sem o alerta adequado e aceitos como se fossem a imagem exata da real prevalência dos transtornos psiquiátricos. Disraeli exagerou só um pouquinho quando afirmou: “Há três tipos de mentira: mentiras, mentiras deslavadas e estatísticas.”

Os epidemiologistas são bons contadores, mas não são clínicos e provavelmente não entendem muito do assunto. A indústria farmacêutica é

menos inocente: usa os resultados para promover a ideia enganadora de que os transtornos psiquiátricos estão em todo lugar. O Instituto Nacional de Saúde Mental também gosta de índices elevados porque eles embasam pedidos de orçamento ao Congresso – se os transtornos mentais estão em todo lugar, deveríamos gastar muito mais pesquisando suas causas.¹⁴

REMÉDIOS FÁCEIS DE USAR TORNAM O USO EXCESSIVO DE REMÉDIOS FÁCIL DEMAIS

Antes dos anos 1950, o negócio das drogas psicotrópicas era pequeno, e as existentes eram péssimas. Opiáceos e barbitúricos eram populares entre os pacientes, mas não tinham efeitos específicos e causavam sérios problemas de vício e overdose. Brometos, paraldeído, hidrato de cloral e Miltown eram todos bastante inúteis e tinham efeitos colaterais difíceis de contornar.

Quando comecei a prescrever drogas psicotrópicas, na década de 1960, a maioria desses velhos medicamentos havia sido suplantada pelos recém-descobertos e específicos prodígios psiquiátricos: o Thorazine, para psicose; o lítio, para mania; e o Elavil e o Nardil, para depressão. No entanto, dá-los aos pacientes ainda era algo relativamente novo e uma questão muito importante. Treinei na primeira unidade a usar lítio nos Estados Unidos, e morríamos de medo dele – uma overdose poderia matar o paciente ou destruir seu rim, e ainda não tínhamos certeza de quais eram as doses mais eficazes e os níveis sanguíneos mais seguros. No fim das contas, as doses de Thorazine que estávamos administrando eram altas demais e transformavam os agitados pacientes em zumbis drogados. Os antidepressivos disponíveis na época eram todos de extremo risco para os pacientes ambulatoriais suicidas – apenas uma semana de comprimidos podia ser letal. E também eram desastrosos para muitos dos que os tomavam – ressecamento bucal irreversível, evacuação esparsa e desmaios ao se levantar eram riscos frequentes. Como esses remédios podiam causar arritmia, um complexo *check-up* cardíaco tinha de preceder o início do uso. O Nardil exigia precauções dietéticas estritíssimas, pois interagia de forma perigosa com muitos alimentos e com o vinho tinto – um queijo azul, um feijão-fava ou um Chianti podiam levar à morte. Todas as primeiras drogas psicotrópicas eram tão arriscadas e desagradáveis de tomar que só eram

dadas aos pacientes em estado mais grave, e apenas os psiquiatras mais bem-treinados sentiam-se à vontade para prescrevê-las.

A década seguinte trouxe uma nova onda de “prodígios”. As benzodiazepinas, Librium e Valium, mudaram tudo e deram um novo tom – daí em diante a ênfase da indústria farmacêutica seria no desenvolvimento e no marketing de medicamentos que provocassem efeitos colaterais menos invasivos e fossem menos propensos a matar por overdose. Isso permitiu que o foco da assistência passasse do ínfimo grupo de pessoas realmente enfermas para o mundo mais amplo dos “doentes de preocupação”. Em pouco tempo, uma grande percentagem da população norte-americana estava usando medicamentos psiquiátricos fáceis de tomar. E como o tratamento com benzodiazepinas não requeria muita expertise, os clínicos gerais se tornaram os maiores responsáveis por receitá-las. Essas drogas logo alcançaram um êxito tão estrepitoso que passaram a fazer parte do *american way of life*, e os fabricantes perceberam que os medicamentos psiquiátricos se tornariam sua mina de ouro. Evidentemente, acabou-se descobrindo que o Librium e o Valium (e, ainda mais, seu terrível irmão caçula Xanax, introduzido nos anos 1980) eram, de fato, um bocado viciantes e não tão benignos no que tange à overdose, em especial quando misturados ao álcool ou a outras drogas que inibem a atividade respiratória. Foram uma bênção para essas companhias, mas não para os pacientes.

Em seguida veio a inexorável marcha dos antidepressivos ISRS, no final dos anos 1980 e início dos anos 1990 – uma clássica história de sucesso publicitário. O Prozac tornou-se um best-seller incontestável, inspirando até um livro, também campeão de vendas, escrito por um psiquiatra que exaltava seu valor não apenas como antidepressivo, mas como droga cosmética que deixaria o usuário mais do que bem.¹⁵ Desde então, a cada um ou dois anos, apareceria um novo ISRS – Zoloft, Paxil, Celexa –, e cada um deles também alcançaria um sucesso descontrolado. O marketing dessas drogas fáceis de usar estava intimamente ligado ao dos diagnósticos psiquiátricos (segundo os fabricantes de remédios) fáceis de fazer. Logo os ISRS também passaram a ser receitados para transtorno do pânico, ansiedade generalizada, fobia social, TOC, TEPT, transtornos alimentares, ejaculação precoce, compulsão por jogos de azar e como estimulantes gerais. Claro, havia os efeitos colaterais – alguns frequentes (como redução do apetite sexual); outros raros, mas perigosos (como agitação, pensamentos suicidas e violência). Mas os ISRS caíram tão bem na vida cotidiana que hoje 20% das mulheres

os utilizam. A inflação diagnóstica sempre será uma consequência inevitável do marketing agressivo e da facilidade de consumo de um comprimido.

A mais recente geração de antipsicóticos atípicos (Risperdal, Zyprexa, Seroquel), introduzida em meados dos anos 1990, é um êxito comercial ainda mais impressionante e assustador. No início, parecia um grande passo à frente – não pela eficácia, mas pela ficha de efeitos colaterais bem mais favorável. Um paciente que estivesse tomando antipsicóticos tradicionais tinha uma aparência absolutamente característica, fácil de identificar a metros de distância: olhar fixo, postura rígida, tremores, movimentos anormais e salivação eram sinais evidentes. Ao trocar por um atípico, o indivíduo parecia, e muitas vezes se sentia, bem mais normal. Logo esses remédios muito mais fáceis de dar e de tomar chegaram ao alto da tabela, quebrando todos os recordes de venda. Isso não teria sido possível dentro dos limites do estreito mercado da esquizofrenia. Primeiro, os fabricantes tiveram de encontrar uma indicação para o transtorno bipolar e, em seguida, divulgar uma concepção de bipolaridade tão ampla que se tornasse irreconhecível. Não demorou para que os antipsicóticos passassem a ser receitados de maneira promíscua, até mesmo por clínicos gerais, a pacientes com ansiedade, insônia e irritabilidade comuns. O paradoxo é que remédios perigosos que podem ocasionar altos índices de obesidade, diabetes e problemas cardíacos, e diminuir a expectativa de vida, hoje rendem 18 bilhões de dólares ao ano em vendas. Clínicos gerais prescrevem medicamentos potencialmente nocivos, fora de sua competência, a pessoas que não deveriam tomá-los. Mais uma prova de que fármacos muito fáceis de dar e de tomar são consumidos com demasiada frequência, em especial quando há muito dinheiro por trás. Em retrospecto, os efeitos colaterais desagradáveis das primeiras drogas psiquiátricas tinham o valor de prevenir o uso excessivo e restringir a inflação diagnóstica.

A PROMOÇÃO DA DOENÇA PELA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA

A indústria farmacêutica é realmente grande e incrivelmente bem-sucedida. As vendas mundiais ultrapassam os 700 bilhões de dólares ao ano – metade na América do Norte e um quarto na Europa.¹⁶ E a margem de lucro, de expressivos 17%, está entre as maiores de qualquer indústria.¹⁷ Por que ela é tão grande e tão bem-sucedida? As companhias justificam seus altos preços

e enormes retornos exaltando o trabalho de pesquisa para o avanço da ciência médica e a melhoria do atendimento aos pacientes. Isso é ninharia. A indústria gasta duas vezes mais (60 bilhões de dólares) em promoção do que em pesquisa, e com muita frequência financia o tipo errado de pesquisa clínica, feita da maneira errada e pelos motivos errados – evitando linhas de investigação que poderiam de fato nos ensinar algo importante em favor de “experimerciais” certos destinados basicamente a promover o marketing, e não a descoberta.¹⁸

A maior garantia de lucro é ir copiando a fórmula indefinidamente. Desenvolver um fármaco que possa fazer uma diferença real para os pacientes é um risco financeiro. A melhor jogada para os bônus executivos e os dividendos dos acionistas é fazer uma ligeira adulteração de componentes conhecidos – apenas o suficiente para transformá-los em similares aptos a serem patenteados de componentes que já rendem suas benesses. As companhias podem dobrar o tempo de proteção de suas patentes monopólicas realizando as mudanças mais triviais: a troca de um fármaco direito por um esquerdo com efeitos idênticos ou uma pequena alteração no tempo de ação. A segunda melhor forma de gerar receita e estender patentes é conquistar novos mercados para uma droga já existente – com pesquisas que a levarão a ser usada por crianças ou que a indicarão para um diagnóstico distinto do originalmente aprovado. Os gênios do mercado guiam o trabalho de pesquisa, e não o pessoal da ciência, e o resultado é previsível: grandes vendas, descobertas fajutas.

Para piorar, as pesquisas muitas vezes são malfeitas e apresentadas de modo incrivelmente deturpado. Os dados são proprietários e guardados a sete chaves; ocultar resultados negativos é rotineiro; descobertas positivas minúsculas, triviais ou casuais são recebidas como o início de uma nova era; pesquisadores são corrompidos; e às vezes artigos científicos são encomendados pelas empresas. Efeitos colaterais e complicações são medidos superficialmente e raras vezes informados. Nunca se faz um cálculo de risco, benefício e custo – os benefícios são exagerados; os riscos, minimizados; e os custos, ignorados. A precificação dos medicamentos não tem relação com o custo ou o valor reais e, em vez disso, reflete o monopólio da indústria no mercado e seu domínio sobre os políticos. Em sua pior forma, a pesquisa farmacêutica é um jogo de ilusionismo destinado a seduzir e enganar, em vez de esclarecer médicos e público. A alegação de

que os medicamentos são tão caros porque requerem muita pesquisa nada mais é que uma cortina de fumaça.

Uma rápida análise dos últimos sessenta anos mostra que o histórico de pesquisas psiquiátricas das companhias farmacêuticas não é de causar inveja. O período mais animador de descobertas na psicofarmacologia ocorreu na década de 1950 – e as pesquisas dos fabricantes de remédios não tiveram absolutamente nada a ver com isso. Os primeiros antipsicóticos, antidepressivos e estabilizadores de humor foram todos encontrados por mero golpe de sorte de heróis solitários, um tributo tanto à capacidade de observação de seus descobridores quanto à efetividade olímpica das próprias substâncias. Um atento cirurgião francês notou que um medicamento chamado Thorazine, utilizado contra náusea em pré-operatórios, também acalmava os pacientes e os tornava indiferentes ao estresse do procedimento. Transmitiu a novidade ao cunhado psiquiatra, e em pouco tempo nasceu o primeiro antipsicótico específico. Percebeu-se também que IMAOs (Inibidores da Monoamina Oxidase), usados no tratamento de tuberculose, também elevavam o humor dos pacientes, e assim ganhamos os primeiros antidepressivos. Já o lítio demonstrou um inesperado efeito calmante em animais de laboratório, o que o levou a ser indicado contra mania. Nenhum desses marcos foi caro ou industrial: todos foram produtos de bons olhos e mentes preparadas. Como a penicilina, a primeira droga de cada classe funcionava tão bem que nem era necessário um estudo duplo-cego com centenas de pacientes para saber que se estava diante de uma grande descoberta. Nenhum dos sessenta anos subsequentes de pesquisa dos fabricantes de remédios proporcionou sequer um produto novo que excedesse a eficácia dos primeiros que foram descobertos por acidente.¹⁹

Infelizmente, todos os frutos mais baixos dessa árvore foram colhidos no início do desenvolvimento das drogas psiquiátricas, e desde então as colheitas têm sido modestas e, na maior parte das vezes, cosméticas. Embora tenha chegado atrasada, a indústria farmacêutica logo se deu conta do potencial dos psicotrópicos para o comércio. Muitos produtos novos foram desenvolvidos e postos no mercado nos anos 1960. Os antidepressivos tricíclicos foram uma novidade de extremo valor para o tratamento clínico, mas tinham severas limitações como fontes de lucro devido a seus incômodos efeitos colaterais e risco de overdose letal. O verdadeiro salto para os bilhões veio com a banalização do Valium e do Librium. Não se pode afirmar se eles trouxeram mais benefício ou prejuízo aos pacientes – ao

mesmo tempo que acalmavam, muitas vezes causavam vício e todo tipo de problemas de abstinência. Todavia, a indústria aprendeu uma grande lição com eles: o dinheiro estava nos medicamentos “práticos” que caíam no gosto da massa consumidora. Os ISRS introduzidos nos anos 1980 foram o veículo perfeito: não mais eficazes que os predecessores, porém muito mais toleráveis e seguros em relação à overdose. De maneira análoga, os antipsicóticos mais novos não eram mais eficazes que seus predecessores e traziam muito mais riscos de longo prazo, mas eram mais fáceis de tomar. É repetitivo dizer, mas a indústria farmacêutica jamais criou um produto que excedesse a eficácia dos medicamentos disponíveis sessenta anos atrás. Marcou vários pontos no marketing, mas costuma errar o alvo no que se refere à pesquisa. Nenhum registro digno de nota depois de todo esse tempo e todo esse oba-oba.

As habilidades da indústria são outras: ela é muito engenhosa e notavelmente eficiente no que diz respeito a marketing e lobby. Sessenta bilhões de dólares anuais são muito úteis para vender produtos e comprar políticos. Nas últimas décadas, os fabricantes de remédios conseguiram sequestrar o empreendimento médico, exercendo influência indevida sobre as decisões tomadas por doutores, pacientes, cientistas, publicações, associações profissionais, grupos de defesa do consumidor, farmacêuticos, companhias de seguros, políticos, burocratas e administradores. E a melhor forma de vender medicamentos psicotrópicos é vender sofrimentos psiquiátricos. Os fabricantes têm diversos métodos para isso: divulgar na TV e na imprensa; cooptar a educação continuada da maioria dos médicos (muitas vezes oferecida nos restaurantes mais caros e nos melhores resorts; residentes e estudantes são mais baratos: uma pizza basta); bancar associações profissionais, periódicos e grupos de defesa do consumidor; invadir a internet e as redes sociais; recrutar o apoio de celebridades. Com um para cada sete médicos, o corpo de vendedores dessas empresas (que consiste nas pessoas mais bonitas fora de Hollywood) superou algumas vezes o número de pacientes das salas de espera.

São muito poucos os que sofrem de doenças mentais graves, muitos mais os que sofrem delas em formas brandas, mas o verdadeiro filão dessa fatia do mercado são os doentes de preocupação. A indústria farmacêutica deseja explorar esse filão e já obteve fantásticas receitas promovendo a ideia de que muitos dos problemas comuns da vida são transtornos mentais devidos a um “desequilíbrio químico” que pode ser resolvido com a ingestão de

comprimidos. Os cérebros publicitários mais criativos e as pesquisas de mercado mais extensas ajudam a levar os produtos a lugares onde eles nunca estiveram antes. O discurso para os clientes é que a vida pode ser perfeita, bastam alguns passos simples para tonificar o cérebro. A promessa subliminar é que, além de curar enfermidades, os remédios podem ajudar a pessoa a melhorar seu modo de vida por meio da química. Se vamos ao dentista para corrigir dentes imperfeitos, por que não ir ao médico para corrigir uma mente imperfeita? Ninguém precisa se conformar com menos do que a felicidade e o sucesso. Prometer novos estilos de vida funciona bem para vender carros, cerveja, perfumes e roupas de marca – por que não funcionaria para vender remédios? A mensagem é ilustrada com imagens vívidas e persuasivas: a chuva acaba e o sol começa a brilhar quando se toma um antidepressivo, o trapalhão se torna o líder confiante, e o sedentário, um corredor musculoso. Para as crianças, a pedra fofa e emburrada se transforma em uma pedra fofa e sorridente. Os anúncios sempre exortam o espectador a “perguntar a seu médico”. Evidentemente, as empresas já predispueram a cabeça do médico com uma mensagem semelhante e o abasteceram com práticas amostras grátis para dispensar o paciente do consultório logo após ele soltar a pergunta crucial.²⁰

Muitos médicos são agentes, conscientes ou não, da penetrante campanha de marketing dos fabricantes de remédios para vender novos diagnósticos. “Educação” e “pesquisa” tornaram-se peles de cordeiro sobre o que é, na verdade, o lobo do discurso comercial. Um numeroso grupo de “gurus” da psiquiatria é recrutado para ajudar a trombetear os magníficos benefícios advindos dos fármacos e da minimização dos perigos. Hoje a situação está melhorando, mas durante algum tempo a indústria se utilizou de gurus para exercer domínio sobre programas de educação e pesquisa em psiquiatria. As dezenas de simpósios patrocinados durante o encontro anual da Associação Norte-Americana de Psiquiatria ofereciam os melhores palestrantes e a única alimentação, atraindo as maiores plateias. A maioria das conferências semanais ocorridas em hospitais e faculdades de medicina nos Estados Unidos foi financiada pela indústria e conduzida por docentes renomados convenientemente oferecidos por suas “agências de palestrantes”.

Conheço o problema dos “gurus” por experiência própria porque já fui um. Minha participação na indústria farmacêutica remonta a trinta anos atrás e assumiu variadas formas. Nos anos 1980, fui vice-presidente do comitê de programação da APA, responsável por organizar os encontros anuais da

associação. Consentí uma decisão coletiva de admitir simpósios patrocinados por companhias farmacêuticas – tomada com a condição de que os tópicos e os palestrantes incluídos fossem de interesse dos membros –, sem imaginar que em pouco tempo eles se tornariam tão populares que ofuscariam totalmente outros encontros, e tão deturpados que seriam mais comércio que ciência desinteressada. Durante 15 anos fui diretor de uma clínica ambulatorial na Universidade Cornell que, por vezes, realizava pesquisas patrocinadas por fabricantes de remédios. Muitas das milhares de palestras que dei ao longo dos anos foram bancadas de forma direta ou indireta por dinheiro dessas empresas. Desenvolvi uma série de diretrizes que foram financiadas pela indústria. E, como diretor de psiquiatria da Universidade Duke, comandeí um departamento que recebia patrocínio extensivo das companhias para muitos de seus programas de educação e pesquisa. Em todas essas atividades, jamais declarei ou escrevi algo que não acreditava ser completamente certo, e muitas vezes declarei e escrevi coisas que faziam os representantes da indústria se contorcerem de dor. Sempre percebi o risco de manipulação secreta e não creio que alguma vez tenha me deixado coagir por ela a apresentar algo de maneira deturpada. Em retrospecto, no entanto, foi inconveniente ter participado de tantas atividades que podiam ser interpretadas como marketing indireto das companhias. E via o terreno escorregadio diante dos mais envolvidos e menos escrupulosos.

Se todos passam pelo sofrimento, todos devem tomar o medicamento.²¹ Já imenso, o mercado de psicotrópicos está em constante crescimento. Quando o mercado de adultos pareceu saturado, os fabricantes de remédios expandiram sua demografia de clientes direcionando produtos para as crianças – não por acaso todas as epidemias recentes de transtornos psiquiátricos ocorreram entre jovens. E crianças são clientes particularmente seletos – conquiste-as cedo e poderá tê-las para sempre. Na outra ponta do ciclo da vida, as companhias miraram os idosos, vendendo antipsicóticos como água em asilos. A indústria não se intimidou com o fato de crianças e idosos representarem os dois grupos demográficos mais difíceis de diagnosticar com exatidão, nem com o de serem os mais vulneráveis aos perigosos efeitos colaterais dos fármacos, nem com o de o uso excessivo de antipsicóticos em asilos resultar no aumento da mortalidade. E, o que é mais perturbador, os jovens que mais usam medicamentos são os mais vulneráveis: os economicamente desfavorecidos e os que vivem com famílias adotivas.²²

Hoje, 7% dos norte-americanos são viciados em alguma droga psicotrópica legal.²³ O abuso de medicamentos vendidos sob prescrição tornou-se mais problemático do que o de drogas ilícitas. Se houver uma forma concebível de vender um novo diagnóstico de modo que as pessoas acreditem incorretamente que o têm, os fabricantes já a terão descoberto e a venderão com êxito – às vezes, contra a lei. A indústria farmacêutica parece sentir-se acima da lei. Quase todas as companhias já absorveram multas enormes e até sanções criminais como punição por suas práticas de venda ilegais.²⁴ A Food and Drug Administration (FDA) aprova fármacos apenas para o tratamento daqueles transtornos mentais para os quais estudos indicam haver eficácia e segurança suficientes. Embora os médicos tenham liberdade para receitar uma medicação *off-label* para outros usos, é estritamente proibido para os fabricantes incentivá-los a fazer isso. O “Hall da Lama” das companhias farmacêuticas (veja a seguir) mostra a maneira flagrante como a indústria ignora a lei. Uma multa aparentemente pesada de 1,3 bilhão de dólares pode ser nada mais que um trocado, o ônus do negócio, considerando-se as enormes receitas que podem ser geradas por um marketing nebuloso. Apenas multas bem mais altas e regulamentações mais rígidas serão capazes de domar essa fera. E os médicos deveriam ser alertados de que as prescrições *off-label* estão fora de controle, em muitos casos são perigosas e, às vezes, constituem uma forma de negligência.

HALL DA LAMA DAS COMPANHIAS FARMACÊUTICAS

PREPARADO POR MELISSA RAVEN, PhD

DATA	COMPANHIA	MULTAS/ ACORDOS	MEDICA- MENTO(S)	ACUSAÇÃO
Ago-12	Johnson & Johnson	US\$ 181 milhões (civil)	Risperdal	Promoção <i>off-label</i> ²⁵
Jul-12	GlaxoSmithKline	US\$ 3 bilhões: US\$ 1 bilhão (criminal), US\$ 2 bilhões (civil)	Paxil, Wellbutrin, Avandia	Promoção <i>off-label</i> ; falta de dados de segurança (Avandia) ²⁶

Mai-12	Abbott	US\$ 1,5 bilhão: US\$ 700 milhões (criminal), US\$ 800 milhões (civil)	Depakote	Promoção <i>off-label</i> ²⁷
Abr-12	Johnson & Johnson	US\$ 1,1 bilhão (criminal)	Risperdal	Promoção <i>off-label</i> para crianças e idosos; táticas de marketing fraudulentas ²⁸
Jan-12	Johnson & Johnson	US\$ 158 milhões	Risperdal	Promoção <i>off-label</i> ; representação falsa de dados de segurança ²⁹
Set-10	Novartis	US\$ 422,5 milhões: US\$ 185 milhões (criminal), US\$ 237,5 milhões (civil)	Trileptal	Promoção <i>off-label</i> para transtorno bipolar e dor neuropática ³⁰
Set-10	Forest	US\$ 313 milhões: US\$ 164 milhões (criminal), US\$ 149 milhões (civil)	Lexapro, Celexa, Levothroid	Promoção <i>off-label</i> para crianças e adolescentes; alegações falsas; distribuição de medicamento não aprovado (Levothroid) ³¹
Abr-10	AstraZeneca	US\$ 520 milhões (civil)	Seroquel	Promoção <i>off-label</i> para geriatras, clínicos gerais e pediatras ³²

Set-09	Pfizer	US\$ 1,3 bilhão (criminal), US\$ 1 bilhão (civil)	Geodon, Lyrica, Bextra, Zyvox	Marketing <i>off-label</i> ³³
Jan-09	Eli Lilly	US\$ 1,315 bilhão: US\$ 515 milhões (criminal), US\$ 800 milhões (civil)	Zyprexa	Promoção <i>off-label</i> para demência, agitação, agressividade, hostilidade, depressão e transtorno generalizado do sono ³⁴
Set-07	Bristol-Myers Squibb	US\$ 515 milhões (civil)	Abilify, Serzone, entre outros	Marketing e precificação ilegais; promoção <i>off-label</i> ³⁵
Jul-07	Purdue	Quase US\$ 635 milhões em multas, sanções e restituições civis; US\$ 500 milhões (criminal)	OxyContin	Rotulação fraudulenta, gerando processos por falsas alegações ³⁶
2004	Warner-Lambert (Pfizer)	US\$ 430 milhões: US\$ 240 milhões (criminal), US\$ 190 milhões (civil)	Neurontin	Promoção <i>off-label</i> para transtorno bipolar, dores, enxaqueca e abstinência de álcool ³⁷

A REAÇÃO AO PLACEBO VENDE COMPRIMIDOS

O vocábulo “placebo” vem do latim e significa “eu agradarei”. E como eles agradam! O “efeito placebo” refere-se à melhora devida a expectativas positivas, independentemente de qualquer poder de cura do tratamento. O efeito placebo é muito efetivo: com frequência os pacientes obtêm grandes resultados de tratamentos que não têm nada a ver com a doença.

Provavelmente é justo dizer que o placebo é o maior prodígio farmacológico de amplo espectro já inventado – é barato, eficaz contra todas as enfermidades humanas, exceto as mais graves, e tem pouquíssimos efeitos colaterais.

Contudo, o efeito placebo também causa um problema muito sério: faz com que as pessoas continuem tomando remédios caros, e às vezes prejudiciais, de que não precisam, para males de que não sofrem. A história da medicina é infestada de tratamentos horríveis que, em muitos casos, eram mais perigosos do que as doenças que pretendiam curar. O pensamento mágico permitiu que médicos infligissem (e pacientes aceitassem) grandes danos alegando benefícios ilusórios – ordens seguidas com diligência, mesmo quando totalmente inócuas ou bastante nocivas. Indivíduos com padecimento duradouro receberam eméticos para ajudar a vomitar a moléstia, purgantes para ajudar a defecá-la, sanguessugas para extraí-la e orifícios no crânio para liberá-la. Foram afundados na água a ponto de quase se afogarem, submetidos a febres altas, enrolados em pacotes frios e girados em cadeiras especiais ou cordas penduradas no teto. Todos os tipos de substâncias das quais hoje temos pavor devido a sua alta toxicidade já foram valorizados como panaceias. O efeito placebo é a única forma de explicar essa galeria de horrores do que agora parecem tratamentos obviamente tolos, e até mesmo sinistros, que causaram milênios de sofrimento desnecessário a pessoas que já estavam muito doentes. O efeito placebo é uma espécie de magia que dá aos médicos uma autoridade desmerecida e é responsável por sua crença em péssimos tratamentos.

As maravilhas da reação ao placebo advêm de uma série de causas diferentes – às vezes independentes, às vezes interagentes. Talvez a mais importante seja a passagem do tempo. O tempo nem sempre é o melhor remédio e, sem dúvida, não cura todas as feridas, mas sempre foi e ainda é a maneira mais eficiente e segura de lidar com muitos problemas físicos e psicológicos da vida. O tempo cura tão bem porque muitos de nossos males são efêmeros, situacionais e autolimitados – o corpo e a mente são programados para serem resilientes sem precisarmos fazer qualquer esforço ativo.

Em seguida, vem o enorme poder da esperança e da expectativa. A pessoa melhora se acredita em um tratamento e tem plena confiança de que ele a ajudará a melhorar – por mais irrelevante ou até perigoso que seja. A vida sempre foi cheia de dores e riscos. O pensamento positivo faz parte de

nossa psicologia por haver conferido uma fortíssima vantagem seletiva aos que têm a sorte de tê-lo. Talvez os ligeiros tenham largado na frente na corrida evolutiva, mas foram os resistentes que cruzaram a linha de chegada – e sobreviveram para se tornar nossos ancestrais. Ser capaz de superar os desencorajamentos e as desvantagens da doença, respondendo bem à medicação falsa, era um caminho certo para o sucesso evolutivo.

A imagiologia cerebral prova que o efeito placebo tem fortes raízes tanto biológicas como psicológicas. Meu exemplo favorito vem da degustação de vinhos, e não da medicina. Há muito se sabe que costumamos dar a um vinho uma classificação muito melhor se nos disserem que a garrafa custa noventa dólares, em vez de dez. Isso mostra o quanto somos sugestionáveis. No entanto, a imagiologia nos revela algo ainda mais fascinante e fundamental acerca da natureza humana. Os centros de prazer do cérebro realmente se ativam mais quando pensamos estar bebendo um vinho mais caro, mesmo que não estejamos. A expectativa não é tudo na experiência, mas sem dúvida molda uma boa parte dela. De modo semelhante, analgésicos de placebo diminuem a reação cerebral a estímulos dolorosos; antidepressivos de placebo mimetizam os efeitos de antidepressivos reais no cérebro; antiparkinsonianos de placebo estimulam o sistema dopaminérgico; antidiabéticos de placebo interferem na glicose; cafeína e Ritalina de placebo têm impacto estimulante nos centros cerebrais; placebos afetam de maneira profunda o sistema imunológico. A resposta a eles é uma parte relevante de nossa reação a tudo. E está fortemente arraigada no funcionamento do cérebro: animais também apresentam excelente reação ao placebo.

O fator social também é importante: responder ao placebo ajuda a manter relações essenciais e sustenta preciosos rituais comunitários. Somos animais altamente sociais e só funcionamos bem como parte de um grupo, ameaçando o bem-estar deste quando isso não acontece. O homem da medicina e seus pacientes sempre compartilharam a necessidade de acreditar no poder curativo das teorias, dos rituais, dos cânticos, dos encantamentos, dos procedimentos de diagnóstico e teste e dos medicamentos em voga. Mesmo sem valor específico, um ritual de cura oferece a grande promessa de libertar o indivíduo da enfermidade, e o grupo, das doenças de seus indivíduos. Reagir bem ao placebo é fundamental para continuar sendo um membro valioso do grupo – o que torna menos provável ser deixado para trás por ser muito doente quando todos levantam acampamento. Além disso,

ser capaz de conclamar a confiança e a esperança do paciente sempre foi, e ainda é, a principal habilidade de um grande xamã ou de um grande médico moderno. As habilidades técnicas da medicina são cada vez mais rotineiras e, em breve, podem vir a ser mais bem-executadas por programas de computador: mas suas habilidades xamânicas sempre serão relevantes para os pacientes e para a sociedade.

Os fabricantes de remédios de hoje em dia encheram os cofres capitalizando o poder e a ubiquidade da reação ao placebo. A melhor forma de obter grandes resultados com um remédio é tratar pessoas que não precisam dele – os maiores índices de reação ao placebo ocorrem naquelas que melhorariam de modo natural e espontâneo.³⁸⁻³⁹ O truque de marketing realmente brilhante foi persuadir os médicos a tratar pacientes que não estavam doentes, ao mesmo tempo convencendo pessoas normais de estarem doentes de fato. Incluir os doentes de preocupação em sua fatia de mercado não só proporcionou um grande aumento no rol de clientes, como assegurou os mais satisfeitos. Pessoas que respondem bem ao placebo com frequência adquirem uma lealdade duradoura ao uso de um medicamento, mesmo quando ele é absolutamente inútil, tanto por não terem como saber que ele não teve função alguma na melhora, como por muitas vezes não serem atingidas por efeitos colaterais – uma combinação ardilosa que cria a base de clientes dos sonhos dos fabricantes de remédios e de seus acionistas.

Em levantamentos, a maior parte dos médicos admite às vezes utilizar comprimidos relativamente inofensivos como placebo – uma forma de dar ao paciente algo tangível quando ele deixa o consultório.⁴⁰ Se a prescrição de placebos um dia fosse aceita como uma prática ética, sem dúvida eles chegariam ao primeiro lugar absoluto das listas de vendas. Parafraseando Voltaire, a arte da medicina às vezes consiste em distrair o paciente enquanto a natureza cura a doença.

De forma velada, os placebos já são a grande, embora não reconhecida, história de sucesso do marketing dos fabricantes de remédios. Grande parte do uso de medicamentos na psiquiatria (e na medicina) baseia-se na alavancagem testada e aprovada do efeito placebo. Há apenas duas diferenças entre a atualidade e a época dos xamãs ou a alquimia medieval. A primeira é que o marketing de produtos que são em essência caros placebos tornou-se bem-azeitado, maciçamente financiado, global e devastadoramente eficiente. A segunda é que hoje é necessário ter um diagnóstico do *DSM* para obter uma prescrição de um remédio custoso que, muitas vezes, não é mais

útil do que um placebo seria – um grande impulso para a inflação diagnóstica. E, para coroar com ironia, assim como na degustação de vinhos, é possível que quanto mais caro, mais eficaz seja o comprimido, que de outra forma seria inútil. Ótimo para os fabricantes.

Dois resplandecentes casos de sucesso publicitário ilustram o poder financeiro, além de curativo, do placebo. Quase três quartos dos 11% de norte-americanos que tomam antidepressivos não têm sintomas correntes do transtorno.⁴¹ Algumas dessas pessoas logo voltariam a adoecer se interrompessem a medicação – necessitam dela como defesa profilática contra o retorno de uma depressão crônica ou recorrente. Contudo, muitos clientes leais responderam de forma inconsciente ao placebo, melhoraram espontaneamente (mas não sabem disso) e têm medo de fazer a canoa virar. Uma porção significativa dos 12 bilhões de dólares gastos todos os anos com antidepressivos nos Estados Unidos recompensa os fabricantes de remédios por promoverem o uso generalizado daquilo que, para muitos pacientes, não são mais que placebos altamente divulgados, supervalorizados e caríssimos, prescritos para diagnósticos falsos.

Um exemplo é o estranho caso de sucesso do Buspar, e de como ele se tornou surpreendentemente um dos fármacos mais vendidos de todos os tempos, apesar de ter pouca ou nenhuma eficácia. Quando ele chegou ao mercado, alertei o executivo da empresa que o fabricava de que com certeza seria um grande fracasso, pois não funcionava. Ele não disse nada, mas deu um sorriso consciente, provavelmente por saber algo que estava além de minha ingênua compreensão. A aparente grande desvantagem de ter pouca (se tanto) eficácia contra a ansiedade era mais que compensada pelo fato de o Buspar também quase não ter efeitos colaterais. Um placebo perfeito, fácil de usar e caro: a prescrição exata para gerar enormes lucros.

Vamos fazer um exercício de imaginação. Suponha que fosse possível eliminar a mágica da reação ao placebo, ou ao menos diminuir por meio da educação seu impacto no comportamento do paciente. Os efeitos imediatos seriam tanto maus como bons: uma redução drástica da percepção da eficácia de muitos medicamentos, mas também dos diagnósticos e tratamentos desnecessários. Evidentemente, esse exercício nunca se tornará realidade – o pensamento mágico é uma parte muito necessária e útil da natureza humana. No entanto, seria bom se fôssemos mais céticos quando as empresas farmacêuticas alegassem que as preocupações e infelicidades da

vida cotidiana são apenas um “desequilíbrio químico” que pode ser curado à base de comprimidos.

COMO A ASSISTÊNCIA BÁSICA DE SAÚDE ASSUMIU GRANDE PARTE DA PSIQUIATRIA

Hoje em dia, clínicos gerais prescrevem a maioria dos fármacos psiquiátricos: 90% dos ansiolíticos, 80% dos antidepressivos, 65% dos estimulantes e 50% dos antipsicóticos.⁴² A indústria fez os cálculos: existem apenas 40 mil psiquiatras nos Estados Unidos, mas cerca de dez vezes mais clínicos gerais. Por que não recrutá-los para receitar drogas psiquiátricas? A mensagem foi alta, clara e intensamente promovida – transtornos psiquiátricos muitas vezes passam despercebidos e são fáceis de tratar com uma pílula mágica. Uma bobagem em termos clínicos, mas um tesouro mercadológico. Caiu bem porque os novos remédios caíam bem: tinham relativamente poucos efeitos colaterais imediatos para os pacientes e instruções de uso simples para os médicos. Quem precisa de um psiquiatra quando o medicamento é tão seguro e fácil de usar? As companhias de seguros contribuíram, dando preferência aos clínicos gerais sobre os psiquiatras por serem mais baratos (ao menos em curto prazo), em especial depois de serem pressionados pela diminuição de reembolsos a fazer consultas de sete minutos.

Algo entre 25% e 50% dos pacientes atendidos pela assistência básica apresentam-se com pelo menos algum desconforto emocional como parte da razão para ir ao médico.⁴³ A maioria sofre de transtornos brandos – precisamente aqueles mais propensos a responder ao placebo. Uma vez recuperado, o paciente costuma atribuir de maneira equivocada a melhora a um medicamento que não serviu de nada, e sente-se obrigado a continuar usando-o sem necessidade por um longo período. Isso representa a oportunidade de mercado perfeita: um exército de pacientes levados pela propaganda a pedir medicação ao doutor. E este é impelido a fornecer uma resposta imediata, já que a maior parte de sua educação em psiquiatria veio do solícito representante comercial do fabricante de remédios – que por acaso também tinha um suprimento de amostras grátis à mão. Os atormentados clínicos gerais são mal remunerados, trabalham demais e têm conhecimentos mínimos de psiquiatria. A conveniência, em algumas

ocasiões, suplanta a qualidade da assistência, e a maneira mais rápida de mandar o paciente embora do consultório é pegar o bloco de prescrições ou uma amostra grátis. Um medicamento psiquiátrico pode fazer muito bem quando receitado de forma adequada, mas causar um grande prejuízo quando dado tão casualmente e após avaliações diagnósticas tão incompletas.

As consequências inevitáveis foram a inflação diagnóstica e o uso maciço de medicamentos. Não faz sentido nenhum fornecer a maioria dos diagnósticos e tratamentos psiquiátricos em um cenário de assistência básica. Um diagnóstico preciso exige conhecimento e simplesmente não pode ser feito de maneira adequada nos sete minutos que, hoje, a maior parte dos clínicos gerais gasta com os pacientes – em especial quando estes foram levados por falsas propagandas a demandar a coisa errada. A prescrição excessiva de psicotrópicos por clínicos gerais tornou-se uma séria ameaça à saúde pública, mas levou as receitas da indústria farmacêutica às alturas. O uso de antipsicóticos e ansiolíticos na assistência básica quase nunca se justifica, mas ocorre o tempo todo.

A culpa é acima de tudo do sistema, e não do médico. O ideal seria que a assistência básica funcionasse como a chave central de todo tratamento. Em vez disso, temos um sistema de saúde distorcido e ávido por especialistas, que a deixou desvalorizada e terrivelmente carente de recursos. Os clínicos gerais formam o ponto de entrada crucial para o mundo da cura e são forçados a lidar com a mais ampla gama de problemas médicos, cirúrgicos e psiquiátricos – de fato, uma demanda e tanto. Muitas vezes, o clínico é o cuidador que tem a melhor e mais longa familiaridade com o paciente, e a quem este procura para falar de suas dores, tanto da vida como do corpo. É o primeiro, e talvez o último, profissional de saúde a quem ele recorre, já que muitas vezes não tem condições de pagar um tratamento especializado, ou este pode não estar disponível.⁴⁴ Alguns exercem muito bem seu papel de “psiquiatra”, porém muitos são perigosos amadores que trazem mais prejuízo do que benefício – ainda mais quando pressionados pelo enganoso marketing dos fabricantes de remédios ou forçados a agir sem pensar devido às restrições de tempo da indústria de seguros.

AS MÁS CONSEQUÊNCIAS DA INFLAÇÃO DIAGNÓSTICA

Para onde foram todos os normais?

No início dos anos 1980, aproximadamente um terço dos norte-americanos se habilitava a um diagnóstico de transtorno mental vitalício.⁴⁵ Hoje, já é cerca da metade.⁴⁶ E a Europa está quase alcançando essa percentagem, com bem mais de 40%.⁴⁷ Alguns creem que esses números são subestimados – estudos prospectivos mais cuidadosos na verdade dobram a prevalência vitalícia. Se acreditarmos nos resultados, nossa população está quase totalmente saturada de transtornos mentais. Um estudo descobriu que, por volta dos 32 anos, 50% da população geral já se habilitava a um transtorno de ansiedade, mais de 40% a um de humor e mais de 30% à dependência química.⁴⁸ E mais um levantamento chegou ainda mais perto da proposição da doença quase onipresente: na tenra idade de 21 anos, mais de 80% dos jovens adultos já satisfaziam aos critérios de um transtorno mental.⁴⁹ O alarde das taxas infladas abasteceu a alegação dos fabricantes de remédios de que somos subdiagnosticados e subtratados – mantendo a rotação do círculo vicioso.

Os indícios da inflação diagnóstica estão em toda parte. Nos últimos 15 anos, houve quatro epidemias explosivas de transtornos mentais. A bipolaridade infantil cresceu miraculosas quarenta vezes;⁵⁰ o autismo, exorbitantes vinte vezes;⁵¹ o déficit de atenção/hiperatividade triplicou;⁵² e o transtorno bipolar em adultos dobrou.⁵³ Sempre que as taxas disparam, uma porção do aumento representa casos verdadeiros antes não detectados – indivíduos que, de fato, necessitam do diagnóstico e do tratamento que lhe sobrevém. Todavia, um diagnóstico mais preciso não explica o fato de que tantas pessoas, em especial crianças, subitamente parecem estar adoecendo.

A fatura de drogas

As drogas psicotrópicas são, nos dias de hoje, as campeãs absolutas de vendas das empresas farmacêuticas. Os preços de suas ações seriam cortados em mais da metade, não fosse pelos antipsicóticos, antidepressivos, estimulantes, agentes ansiolíticos, remédios para dormir e analgésicos. A cada ano, 300 milhões de fármacos psiquiátricos são prescritos somente nos Estados Unidos.⁵⁴ No topo da parada de sucesso da indústria estão os

antipsicóticos, com retumbantes 18 bilhões de dólares anuais. Os antidepressivos geram robustos 12 bilhões ao ano, embora muitos estejam sem patente e sejam comercializados em versões genéricas mais baratas. Quinze anos atrás, os estimulantes eram um erro de arredondamento nas vendas, com míseros 50 milhões anuais. Hoje, com a propaganda direta para o consumidor e o pesado marketing para os médicos, a quantia subiu para consideráveis 8 bilhões.⁵⁵ E como os clínicos gerais adoram receitá-los, os ansiolíticos ocupam a oitava posição – embora provavelmente causem mais dano do que benefício.

O maior enigma é o enorme sucesso dos antipsicóticos. Apesar de seus perigosos efeitos colaterais e limitadas indicações, eles vêm sendo oferecidos como doces. Os antipsicóticos mostraram-se úteis apenas no tratamento dos sintomas incapacitantes da esquizofrenia e do transtorno bipolar, mas isso não impediu a sedução das companhias farmacêuticas de promover seu uso para qualquer um que tenha problemas de sono, ansiedade corriqueira, depressão, irritabilidade, excentricidade, crises temperamentais da juventude ou rabugice da terceira idade. Mais de três milhões de norte-americanos já estão nesse barco, com uma taxa de crescimento de 20% ao ano (para a alegria dos acionistas). O número de receitas de antipsicóticos dobrou em dez anos, chegando a 54 milhões, e não para de crescer. O uso de medicamentos *off-label* também dobrou – sem se incomodar com as grandes multas, que não parecem tão grandes quando se consideram os ganhos escusos que esses medicamentos possibilitam. Como isso pôde acontecer? Dinheiro. Um orçamento publicitário de 2,4 bilhões de dólares anuais gasto com o Abilify e o Seroquel catapultou esses dois remédios meia-boca, e nem tão seguros, para o quinto e o sexto lugares como geradores de receitas entre todos os vários medicamentos vendidos nos Estados Unidos. A marcação cerrada contra os clínicos gerais faz com que eles prescrevam de forma inadequada antipsicóticos para 20% de todos os seus pacientes com transtorno de ansiedade.⁵⁶⁻⁵⁸ Esse mau uso maciço é insano e vergonhoso – um triunfo do poder do marketing sobre o bom senso e a boa prática médica.

Não há como saber qual seria o nível ideal de prescrição de medicamentos em nossa sociedade. Os entusiastas argumentam que os altos índices de consumo de comprimidos refletem os avanços do diagnóstico e do tratamento psiquiátricos – trazendo benefícios até então indisponíveis a pessoas antes ignoradas e carentes de cuidado. Até certo ponto, é verdade. Porém, não tenho dúvida de que houve um grande exagero de falsas

demandas promovidas pela falsa divulgação de fabricantes de remédios, por médicos inocentes, por hábitos de prescrição descuidados e pela transferência indiscriminada do diagnóstico e do tratamento para clínicos gerais inexperientes e pressionados. Tornamo-nos uma sociedade devoradora de comprimidos, e com muita frequência são as pessoas erradas que estão devorando os comprimidos errados, receitados pelos médicos também errados.

A influência indevida sobre a prática médica não é culpa da indústria farmacêutica, mas nossa. Um fabricante de remédios não surge nem se mantém como uma entidade sem fins lucrativos ou de caridade imbuída do propósito de promover a saúde pública da maneira mais eficiente e eficaz. Muito pelo contrário. Uma empresa farmacêutica é uma corporação multinacional cujos principais objetivos são o lucro, a participação no mercado e a sobrevivência. Em qualquer conflito entre a ganância do acionista e a necessidade do cliente, aposte no acionista. É a natureza predatória da fera – não é culpa do tigre ser carnívoro. Mas é nossa culpa coletiva abrir caminho para essas empresas se alimentarem de nossa fraqueza. Governo, médicos, pacientes, mídia, grupos de defesa – todos foram amplamente comprados pelo dinheiro e pelo poder das companhias farmacêuticas. Fármacos bem-utilizados são uma poderosa ferramenta da psiquiatria e uma dádiva para os pacientes auxiliados. No entanto, com muita frequência, são utilizados de forma promíscua, aproximando-se das práticas charlatanescas dos alquimistas medievais. Thomas Sydenham devia ter em mente receitadores impulsivos quando afirmou: “A chegada de um bom palhaço exerce uma influência mais benéfica sobre a saúde de uma cidade do que vinte asnos carregados de remédios.”

O excesso de polifarmácia

Tornou-se angustiantemente comum médicos prescreverem uma variedade de drogas psicotrópicas, muitas vezes em doses altas e perigosas e sem a menor razão. Não é de se surpreender que hoje as drogas receitadas por médicos respondam por mais idas a setores de emergência por overdose do que as drogas consumidas nas ruas, e também sejam cada vez mais responsáveis por mortes iatrogênicas acidentais.⁵⁹ Os efeitos colaterais sedativos que

interagem na combinação de analgésicos narcóticos e drogas psicotrópicas podem ser especialmente mortais (um problema particular entre militares).⁶⁰

Há muitos afluentes no caudaloso rio da polifarmácia. Às vezes ela representa uma profusão de tratamentos: os medicamentos anteriores não estão funcionando bem, de modo que outros vão sendo acrescentados sem descartar os ineficazes. Às vezes, resulta de uma profusão de diagnósticos: uma exuberância em fazer uma série de diagnósticos seguida de um entusiasmo em prescrever uma série de remédios. Às vezes, a causa é uma profusão de médicos: um paciente em busca de medicação consegue todas as que pode de diferentes médicos, ignorantes das prescrições feitas uns pelos outros. Em seguida, vem a profusão da indústria farmacêutica: o marketing agressivo que estimula a promiscuidade de receitas. Por fim, existe a fácil disponibilidade de variadas drogas vendidas sob prescrição, que incentiva a polifarmácia por meio da automedicação: pessoas que decidem acrescentar o estimulante, o Xanax ou o analgésico narcótico do amigo ao próprio regime de tratamento muitas vezes já inchado.

Alguns médicos parecem utilizar a mesma combinação de medicamentos em todos os pacientes, sejam quais forem os sintomas apresentados. As doses prescritas às vezes são altas o bastante para causar sérios problemas por si sós, e especialmente danosas caso o paciente force a barra consumindo álcool, usando drogas ou mesmo tomando alguns comprimidos a mais. Os receitadores mais desenfreados acumulam mortes ao longo dos anos, em geral sem suscitar uma necessária disciplina ou maior supervisão.

Dito isso, a polifarmácia às vezes é racional e até necessária. Antipsicóticos e antidepressivos funcionam muito melhor combinados do que isolados no tratamento do transtorno bipolar ou da depressão psicótica. Quando um paciente tem uma resposta definida mas parcial a um fármaco, pode-se precisar de outro para se obter uma resposta satisfatória. E raras vezes o acréscimo de um remédio para dormir faz sentido. Todavia, a polifarmácia é majoritariamente desnecessária, sem base em pesquisas, sem monitoramento, prejudicial e até mesmo perigosa.

A escassez de psicoterapia

Não há uma indústria psicoterápica organizada para criar uma resistência harmônica e competitiva ao uso excessivo de fármacos. A psicoterapia é um ofício varejista, individualizado e pré-industrial, que não se presta à padronização atacadista e industrial de produtos e pessoas, tão lucrativa para a indústria farmacêutica. Suas diferentes linhas e praticantes são extremamente fragmentados e não dispõem dos recursos financeiros necessários para tirar do ar o monopólio dos fabricantes de remédios. Falar é de graça – psiquiatras que oferecem psicoterapia junto à medicação durante uma consulta de 45 minutos ganham 41% menos que seus colegas que oferecem três sessões de administração de medicamentos de 15 minutos.⁶¹ A percentagem de visitas a psiquiatras que incluíam psicoterapia caiu de 44%, entre 1996 e 1997, para 29%, entre 2004 e 2005.⁶²⁻⁶³

A psicoterapia também carece de uma mensagem unificada e cativante para contrapor ao mote das companhias farmacêuticas de que “é tudo desequilíbrio químico”. Mas tem algo muito mais importante e verdadeiro a dizer: que seu desempenho é tão bom quanto o dos fármacos quando comparados um a um em pessoas com problemas leves ou moderadamente graves.⁶⁴⁻⁶⁶ Embora leve mais tempo para funcionar e seja mais cara a princípio, a psicoterapia traz efeitos benéficos mais duradouros, e isso pode torná-la mais barata e melhor em longo prazo do que medicações prolongadas. Tomar um comprimido é um ato passivo. Em contraste, a psicoterapia dá o controle ao paciente, instilando-lhe novas competências e atitudes para lidar com a vida. Os japoneses compreenderam essa vantagem. Até pouco tempo atrás, todo tratamento psiquiátrico era baseado em medicação, mas hoje o governo está realizando um esforço nacional harmônico para quebrar o monopólio farmacêutico mediante a promoção da terapia cognitiva como opção – porque funciona bem e tem bom custo-benefício.

O PODER DE ROTULAR É O PODER DE DESTRUIR

O dicionário Merriam-Webster define a palavra “estigma” como marca identificadora, sinal diagnóstico específico de doença ou ainda cicatriz ou mancha em uma planta ou animal. Alguns dicionários chegam a usar “o estigma da doença mental” como o melhor exemplo específico das desvantagens sofridas por quem é marcado. Ser “normal” e ajustar-se à

massa são fatores-chave para a sobrevivência. A evolução incutiu na natureza humana uma impiedosa cautela e uma falta de compaixão por quem é diferente e não satisfaz aos padrões tribais.

Ter um rótulo de transtorno mental “marca” o indivíduo de maneiras que podem causar grandes danos secundários.⁶⁷ O estigma assume várias formas, vem de todas as direções, às vezes é clamoroso, mas também pode ser notavelmente sutil. Está no comentário cruel, no sorrisinho grosseiro, na exclusão do grupo, na oportunidade de trabalho perdida, no pedido de casamento recusado, na inelegibilidade para o seguro de vida, na impossibilidade de adotar um filho ou de pilotar um avião. Mas também está na expectativa reduzida, na mão amiga desnecessária ou indesejada, na empatia benevolente para a qual não se pode esperar retribuição. E os danos secundários psicológicos e práticos vêm somente em parte do modo como a pessoa é vista. Grande parte do incômodo vem da mudança na visão de si mesma – a ideia de ser problemática, sentir que não é normal ou digna, nem um membro pleno do grupo.

Já é ruim o estigma ser tão associado ao transtorno mental. Mas quando ele advém de um rótulo provocado por um diagnóstico falso, a perda é total, absolutamente sem redenção. Rótulos também podem criar profecias autorrealizáveis. Ao ouvir que está doente, a pessoa se sente e age como tal, e os outros a tratam assim. O papel de doente pode ter enorme utilidade quando se tem uma enfermidade real e se necessita de uma trégua e de cuidado. Mas pode ser extremamente destrutivo quando reduz expectativas, mutila ambições e resulta em perda de responsabilidades pessoais.⁶⁸

E quando uma sociedade permite que uma significativa proporção de seus indivíduos seja sobrediagnosticada como “doente”, ela passa a ser artificialmente “doente” em vez de firmemente resiliente. Nossos ancestrais sobreviveram a guerras e a privações inimagináveis por nós – sem recorrer à overdose de rótulos e ao uso excessivo de remédios.

TRANSFORMANDO O MAU EM LOUCO

A inflação diagnóstica é um perigo onipresente na fronteira entre a psiquiatria e a lei. “Prefiro ser enforcado como um homem a ser perdoado como um tolo.” Assim gritou Charles Guiteau para o júri durante seu

julgamento pelo assassinato do presidente James Garfield em 1881.⁶⁹ Ele estava renunciando à alegação de insanidade oferecida pelos advogados – preferindo ser visto como um mensageiro de Deus enviado para salvar os Estados Unidos de um governo perverso. Era melhor ser condenado como criminoso do que absolvido como paciente mental porque isso reduziria a credibilidade de suas reivindicações. Estabelecendo um precedente que vale até hoje, diversos médicos testemunharam em ambos os lados desse caso histórico – alguns vendo Guiteau como lunático; outros, como um criminoso são, porém equivocado.

O debate persiste sem solução. Terroristas políticos como o Unabomber ou o assassino em massa norueguês Anders Breivik devem ser considerados criminosos políticos ou pacientes mentais? Quando homicidas atacam figuras públicas ou espectadores inocentes, a mídia sempre pergunta se são loucos, mas jamais questiona até que ponto foram insuflados por perniciosos discursos políticos ou pela facilidade com que adquiriram uma pistola semiautomática. Muitos (talvez a maioria) dos assassinos políticos e de massa estão na indistinta fronteira entre o meramente estranho e o legalmente insano. Dependendo da perspectiva, é plausível encará-los como violentos extremistas políticos ou religiosos, ou como psicóticos delirantes. Os testemunhos conflitantes de especialistas em psiquiatria em ambos os lados dessa disputa invariavelmente se cancelam. Em última instância, é uma escolha social, e não médica, considerar tais indivíduos loucos ou maus. A maioria dos réus, como Guiteau, decerto preferiria ser punida a ser tratada – para que sua mensagem não fosse abafada. Eu concordaria com eles. Exceto nas situações mais claras em contrário, a inflação diagnóstica deveria ser domada nos tribunais. Deveria ser hábito o mau prevalecer ao louco.

PAGANDO A CONTA DA INFLAÇÃO DIAGNÓSTICA

Nunca se calcularam os custos monetários diretos e indiretos da inflação diagnóstica, mas eles devem somar uma verdadeira fortuna em recursos desperdiçados. Em primeiro lugar vem o custo de todos os fármacos supérfluos e sobreprecificados, e das consultas médicas necessárias para receitá-los. Somem-se a isso os custos adicionais que surgem das muitas e caras complicações advindas do uso excessivo de medicamentos. Em curto prazo, isso inclui as dispendiosas visitas aos setores de emergência e as

internações decorrentes de overdoses. Em seguida há os maciços, porém ocultos, gastos de longo prazo no tratamento das complicações médicas e psiquiátricas geradas pela medicação – especialmente a obesidade secundária, o diabetes e os problemas cardíacos. E como estimar os anos de vida perdidos por quem morre cedo em decorrência dos impactos danosos de curto ou longo prazos de fármacos desnecessários?

Devemos ainda somar o custo da produtividade perdida no trabalho. Ligar o diagnóstico psiquiátrico à invalidez infla ambos de modo artificial: quem leva um rótulo equivocado se torna mais propenso a cair no absentismo ou a parar definitivamente de trabalhar. A Holanda e a Dinamarca descobriram que as faltas por motivos de saúde e a invalidez dispararam quando um diagnóstico psiquiátrico ou o estresse relacionado ao trabalho eram uma razão prontamente aceita para não trabalhar. A decisão pela invalidez muitas vezes é um momento irrevogável na vida de uma pessoa: obtê-la é uma formidável trégua, em curto prazo, das terríveis preocupações financeiras, mas pode levar a uma crônica invalidação vocacional.

Há também os custos de outros serviços fornecidos aos equivocadamente rotulados como doentes mentais – os de saúde e as visitas ao médico, os serviços escolares adicionais, os programas de treinamento e assim por diante. Parece duro não concedê-los a qualquer pessoa, e em casos individuais um clínico afetuoso ficará tentado a elevar o diagnóstico do paciente para ajudá-lo a conquistar o benefício. Todavia, orçamentos costumam ser jogos de soma zero – ajudar aquele que tem uma carência apenas marginal significará privar outro que tem uma necessidade flagrante.

Por fim, chegamos aos custos forenses e correcionais da inflação diagnóstica. Uma única audiência de pena capital pode custar 5 milhões de dólares por debates intermináveis e infrutíferos sobre a presença ou ausência de um transtorno mental altamente duvidoso. Um ano em um hospital psiquiátrico para um indivíduo condenado de forma errada por violência sexual custa mais do que o mesmo período em Harvard. Ações civis baseadas em criativas alegações de danos psiquiátricos parecem arrastar-se eternamente e consumir tesouros em contas e honorários para testemunhas especialistas. A psiquiatria e a lei muitas vezes não se misturam bem – mas sempre custam um bocado quando se entrelaçam.

O enorme desperdício causado pela inflação diagnóstica corre livre porque não há controles de feedback para contê-lo, tampouco incentivos

econômicos para promover um diagnóstico diligente. O desperdício nunca é levado em consideração por aqueles que desenvolvem o *DSM* ou que o aplicam, e nem pelos fabricantes de remédios que lucram com ele. Os pais compreensivelmente desejam serviços para os filhos, e os grupos de defesa do consumidor compreensivelmente desejam serviços para seus componentes. Sempre parece que alguém está pagando a conta e ninguém está atento para assegurar alocações racionais e justas. O resultado líquido é inevitável: uma demanda desnecessária criada pela inflação diagnóstica gera desperdício de gastos, enquanto os desesperados por auxílio continuam seriamente mal servidos.⁷⁰

A inflação diagnóstica é um dilema de saúde e política públicas que precisa de solução urgente. Os custos serão ampliados ainda mais pela extensão do seguro-saúde a cerca de 34 milhões de norte-americanos com o Obamacare, em especial diante da exigência da inclusão de assistência abrangente para transtornos mentais. São mudanças de política maravilhosas. Um maior investimento, sem dúvida, é necessário para escorar nosso gravemente ludibriado sistema de saúde mental. Mas os gastos adicionais são imprevisíveis, devendo chegar aos muitos bilhões anuais, e, graças à inflação diagnóstica, o dinheiro será gasto onde é provável que faça menos bem.

Curar a inflação diagnóstica será uma árdua batalha, cujos passos serão descritos mais tarde. Mas primeiro temos de compreender o grande papel que os modismos diagnósticos exerceram no passado da psiquiatria, os graves danos que estão causando no presente e o importante risco de novos modismos gerarem um caos no futuro imediato.

PARTE 2

MODISMOS PSIQUIÁTRICOS PODEM FAZER MAL À SAÚDE

CAPÍTULO 4

MODISMOS DO PASSADO

Não vemos as coisas como elas são, e sim como nós somos.

TALMUDE

Modismos no diagnóstico psiquiátrico vêm e vão. De repente todos parecem ter o mesmo problema. Teorias charlatanescas explicam a deflagração; tratamentos charlatanescos presumem trazer a cura. Então, de forma igualmente súbita, a epidemia segue seu curso, e o outrora onipresente diagnóstico desaparece de circulação.¹

Modismos dependem da combinação de uma ideia plausível com nosso instinto de manada, de seguir o líder. Como as flutuações do mercado de ações, modismos provavelmente são mais comuns em tempos de instabilidade, incerteza e mudança. As causas podem ser profundas e gerais, próprias da condição humana, ou bastante específicas de certo desenvolvimento histórico, do lançamento de um livro ou filme popular ou de um novo tratamento médico. Algumas das formas enganosas de compreender o transtorno psiquiátrico duraram milênios, outras apenas algumas décadas. A possessão demoníaca é uma explicação tão poderosa e plausível para sensações, pensamentos e comportamentos estranhos que reaparece em todas as épocas e lugares. O transtorno de múltiplas personalidades é um modismo bem menos satisfatório – surge apenas raramente e nunca dura muito tempo.

As pessoas não mudam tanto, mas os rótulos, sim. Os sintomas e comportamentos da humanidade podem oscilar um pouco, mas é provável que mantenham uma estabilidade básica ao longo do tempo. Em contrapartida, a maneira como os caracterizamos pode flutuar de modo tão intenso quanto a música ou a altura das saias da moda. Os sintomas e o

padecimento são reais – mas às vezes ficamos presos a explicações e rótulos totalmente errados e convincentes demais.

Ter ciência dos modismos do passado nos ajudará a ver com ceticismo o que quer que tenha se tornado um “diagnóstico *du jour*” no presente. O melhor antídoto contra tolas modas atuais ou futuras é entender como as anteriores foram prejudiciais. A história nunca se repete com precisão, pois suas complexas interações são ricas em permutações probabilísticas. No entanto, ela tem de rimar, uma vez que as forças subjacentes que a moldam são bastante estáveis, mesmo que externamente pareçam estar em movimento. Quanto mais conhecemos as rimas do passado, menos propensos estamos a repeti-las de forma irracional no futuro.

POSSESSÃO DEMONÍACA (ONTEM, HOJE E SEMPRE)

A possessão demoníaca é o modismo mais antigo e mais atual. Está registrada nos primeiros documentos escritos e relatada no jornal de hoje. Acreditar em demônios pode ser fruto de ignorância, porém é um modelo atraente demais para desaparecer da crença humana, e proporciona uma dura concorrência aos modestos confortos do pensamento racional, da religião convencional e da psiquiatria. Sempre estará entre nós em uma forma ou em outra, e eventualmente explode em um modismo, às vezes com resultados catastróficos.²

A verdadeira beleza da possessão demoníaca é que ela não apenas descreve os problemas, como também fornece uma persuasiva explicação para sua causa e uma pronta sugestão para a cura. Um demônio possui o indivíduo, toma conta de seus pensamentos, sentimentos e condutas, e dá origem a uma caixinha de surpresas cheia de sintomas que poderiam ser divididos em, ao menos, uma dúzia de transtornos mentais do *DSM*. O psiquiatra de hoje é capaz de descrever a esquizofrenia, mas nem imagina como explicá-la. O homem da medicina ou o sacerdote está em uma posição muito mais poderosa. Tem certeza do que está causando os sintomas e tem o tratamento específico para separar o paciente da doença. Exorcizar o demônio pode funcionar bem quando tanto o exorcista como o paciente acreditam nisso.

A crença no controle demoníaco é universal às culturas e atravessa o tempo porque faz muito sentido para a maioria das pessoas. Está ligada a algo básico na psicologia humana e explica grande parte de nossa experiência de maneira simples e plausível. A batalha contra demônios agrada à mente teológica, cura a maioria dos sintomas que nos afligem, apazigua a alma e une a tribo. Demônios são uma forma totalmente lógica, ainda que pré-científica, de entender as mudanças causadas por enfermidades psiquiátricas e médicas (e também por drogas, sonhos e estados de transe). Isso parece tolo apenas para nós, filhos do Iluminismo, que acreditamos em causas biológicas de comportamentos estranhos. Todavia, há um problema inevitável com essa categoria diagnóstica, que do contrário seria útil: ela proporcionou uma desculpa perfeita para a perseguição, a tortura e o assassinato dos doentes mentais. O mais desumano dos tratamentos podia ser facilmente justificado pelo argumento espúrio de que era parte de uma luta sagrada contra o diabo.

O diagnóstico psiquiátrico moderno e a possessão demoníaca poderiam ser vistos como maneiras opostas de explicar a causalidade do comportamento problemático – doença do cérebro *versus* doença causada por espíritos. A maioria das pessoas no mundo desenvolvido se sente mais confortável com a ciência moderna. Mas nem todas. Mais de um terço dos norte-americanos acredita que demônios e anjos exercem um papel ativo em sua vida diária. E, temendo que vítimas de possessão estejam sendo mal diagnosticadas por psiquiatras como esquizofrênicas, exorcistas de nossa era postam na internet detalhados manuais diagnósticos que ensinam a localizar o diabo na enfermidade. A Igreja Católica é menos radical em sua crença em demônios, recomendando o exorcismo apenas quando houver sintomas específicos de sacrilégio e após a doença mental ter sido refutada. Surto de possessão demoníaca aconteceu o tempo todo na África devastada pela guerra. A última epidemia nos Estados Unidos ocorreu há vinte anos, como parte da histeria em torno do “abuso de ritual satânico”.

DANÇOMANIAS: TARANTISMO E DANÇA DE SÃO VITO (APROX. 1300 A 1700)

As dançomanias vieram em duas formas bastante similares: o tarantismo, no sul da Itália, e a dança de São Vito, no norte da Europa. Os sintomas eram

uma combinação de melancolia, visões, dores de cabeça, desmaios, falta de ar, espasmos, perda de apetite, irritabilidade cutânea, inchaços e premonições de morte iminente. No sul, eram atribuídos à mordida da tarântula, endêmica à região. Costumavam instalar-se no auge do verão, e presumia-se que o calor aumentava os efeitos tóxicos. A dança de são vito era uma variante norte-europeia com muitos dos mesmos sintomas, curados da mesma forma, mas de caráter mais religioso.

Não importava a causa, o tratamento recomendado era uma dança cheia de rodopios, freneticamente rápida, delirantemente vertiginosa, que continuava até o ponto da exaustão física e do rejuvenescimento mental. Presumia-se que ela removesse o veneno da aranha (no sul) ou o demônio da alma (no norte). Dezenas, centenas ou até milhares de pessoas participavam em conjunto de um ciclo de epidemia e cura grupais que prosseguia de forma ininterrupta durante horas, dias ou semanas. O álcool era usado em grandes quantidades, e a privação de sono também fazia parte do processo. Como também ocorre hoje, muitas vezes era difícil separar os efeitos colaterais do tratamento dos sintomas da doença. Os participantes agiam de maneira estranha, arrancavam as roupas, gritavam, guinchavam, riam ou choravam sem controle, adotavam um comportamento sexual ostensivo e faziam gestos animais. Ao contrário dos tratamentos utilizados na maioria dos modismos (por exemplo, a sangria, a purgação e a intoxicação por mercúrio), a dança frenética pode ter tido efeitos benéficos provocados pelo vigoroso exercício físico, pela catarse, pela distração e pela coesão grupal.

O tarantismo e a dança de são vito persistiram durante quatrocentos anos, aproximadamente de 1300 a 1700, e então desapareceram, tendo sido relatados apenas alguns casos esporádicos desde então. Essa “pequena era glacial” foi uma época difícil para se manter vivo, com recorrentes ciclos de fome, peste, guerra e bandoleirismo. Os modismos de dança podem ter oferecido uma causa e uma cura tanto para a psicopatologia individual como para a ruptura social galopante.³

HISTERIA DOS VAMPIROS (APROX. 1720 A 1770)

O medo de vampiros remonta a eras muito remotas e às profundezas da psique humana. Sempre enfrentamos um problema fundamental: o que fazer

com os mortos e como entender o que aconteceu com eles. Toda cultura encontra sua própria solução para essa que é a mais existencial das questões – elaborados rituais de sepultamento e teorias folclóricas são desenvolvidos para administrar a fronteira possivelmente permeável entre a vida e a morte.

O problema adquiriu pungência quando caçadores e colheiteiros nômades se estabeleceram na agricultura e começaram a viver literalmente acima dos mortos. Antes, de maneira conveniente, os cadáveres eram deixados para trás quando a tribo partia. Contudo, a proximidade forçada com os ancestrais mortos deu origem ao medo e à veneração. Se alguém adoecesse, se algo desse errado, fazia sentido temer que os defuntos (que viviam sob a terra e talvez sentissem inveja, sede de vingança ou insatisfação) se levantassem para exigir sua libra de carne.

No vampirismo, acreditava-se nisso literalmente – a enfermidade dos vivos era atribuída ao consumo de sangue e carne pelo ente amado (mas não tão amável) que se foi (ou não). O modismo começou e terminou na Europa central em um período de cinquenta anos no século XVIII. A aparente calma intelectual do Século das Luzes era um fino verniz que encobria a superstição do turbulento continente europeu, recém-saído do feudalismo e predominantemente rural. O vampirismo emergiu quando contos folclóricos eslavos sobre os “mortos-vivos” foram transmitidos por via oral aos novos vizinhos no crescente Império Austríaco. Dedicados, mas crédulos, os oficiais de Habsburgo cometeram o erro de serem burocráticos demais. Seguindo os métodos recomendados por seus conselheiros sérvios, faziam investigações diligentes, conduziam exumações e, com zelo, punham estacas nos cadáveres. Relatórios cuidadosos que detalhavam as melhores práticas utilizadas na execução de vampiros ganharam ampla circulação. Assim legitimado, o terror dos “mortos-vivos” espalhou-se como fogo de vilarejo em vilarejo. Logo os escritores entraram em cena e inventaram uma lúgubre literatura vampiresca que alimentou a chama e precipitou um frenesi de visões. Supostos “ataques” foram relatados na Prússia Oriental em 1721 e ao longo do Império Austríaco naquela década e na seguinte. A palavra “vampiro” apareceu na língua inglesa em 1734, introduzida por um diário de viagem na Europa central. Esse foi o primeiro modismo da história a ser guiado pela mídia, mas não o último.

A preocupação com os vampiros foi elevada pela dificuldade de se distinguir entre os vivos e os mortos. Até bem pouco tempo atrás, a falta de tecnologia médica fazia dessa uma questão de conjectura e discórdia. Em um

mundo sem estetoscópios, não havia fronteira clara. Temiam-se os “mortos-vivos” e também o risco de ser enterrado vivo. Vigílias em túmulos eram comuns – não só para mostrar respeito, mas também para detectar sinais de vida e afugentar saqueadores. A observação próxima de cadáveres contribuía para lendas sobre a continuação de seu apetite e suas proezas. Os corpos têm uma variação drástica de ritmo e forma de decomposição. O indivíduo pode ter uma aparência temporariamente melhor depois de morto do que jamais teve quando vivo – o descartado corpo vivo mais agradável aos olhos quando preenchido pelos gases da decomposição. O rubor fusco pode sugerir que o corpo havia desfrutado o sangue dos vivos. Tal suspeita bastante lógica seria confirmada caso o sangue fosse visto escorrendo da boca ou do nariz do morto-vivo.

Os esforços para exterminar os vampiros eram inclementes para os vivos e os mortos. Para os que fossem capturados ainda de pé, havia execuções públicas precedidas das torturas mais cruéis. As vítimas eram os suspeitos de hábito: os doentes mentais e deficientes intelectuais; as supostas bruxas (provavelmente mulheres que sabiam mexer com ervas); os suicidas, que flertavam com a morte; os que se rebelavam contra a doutrina da Igreja; ou qualquer um que estivesse no lugar errado na hora errada, ou que tivesse o inimigo errado.

A cura dessa insanidade veio na pessoa de Maria Teresa, a sábia rainha da Áustria. Seu médico real fez um minucioso estudo para determinar se vampiros realmente existiam e concluiu que não havia base para nenhuma das alegações. A imperatriz então proscreeu as exumações sob pena severa, e o vampirismo foi extinto.

Pequenas e isoladas epidemias ainda surgem de vez em quando – nas últimas décadas em Porto Rico, no Haiti, no México, no Malaui e, de todos os lugares possíveis, em Londres.⁴

O EFEITO WERTHER GERA UMA EPIDEMIA DE SUICÍDIOS (PRIMEIRA OCORRÊNCIA EM 1774, E ONDAS DESDE ENTÃO)

A história não apresenta um testemunho mais claro do poder da alta literatura (ou do perigo dos modismos) do que o efeito mortal do romance *Os sofrimentos do jovem Werther*, de Goethe, publicado em 1774.⁵ Esse

conto parcialmente autobiográfico de amor não correspondido e suicídio romântico deu origem a um novo fenômeno: o autor como celebridade e o livro como guia de moda. Um contagioso efeito Werther infectou a Europa, influenciando as roupas, as falas e a etiqueta, e provocando uma cadeia fatal de suicídios por imitação. Ironicamente, Goethe superou o próprio mal de amor, viveu até uma idade avançada, renegou o livro e lamentou os danos que ele causou. Seu herói mais velho e sábio, Fausto, abandona as tentações do romance volúvel pelos prazeres mais seguros de construir diques na Holanda.

O suicídio por imitação tem dois padrões bem diferentes: aglomerado e em massa. Suicídios aglomerados ocorrem quando se copia o suicídio de uma celebridade ou o de um parente, amigo, colega de classe ou de trabalho. O temor do contágio de suicídios é real o bastante para ter levado os Centros de Controle de Doenças a emitir um conjunto de diretrizes para a divulgação na mídia – sugerindo histórias concisas e factuais que evitem a glorificação do sensacionalismo, o romance glamouroso, as descrições detalhadas de como fazer, a promoção da fama pelo suicídio ou qualquer sugestão de que ele possa ser uma escolha racional ou um passaporte para a fama duradoura.⁶

O suicídio em massa tem motivação socialmente admitida. Ao longo da história houve dezenas de episódios em que exércitos derrotados (ou suas mulheres e crianças) cometeram suicídio juntos para não encarar o assassinato ou a escravidão. Menos frequente é o suicídio de protesto, em que um grupo decide, de forma conjunta, expressar-se da maneira mais forte possível. Uma terceira variante é a missão suicida em grupo (camicase) em defesa de uma religião, um ideal ou uma nação. Por fim, há os suicídios religiosos em massa: uma conduta de seguimento do líder comandado por algum pretenso messias.

A seleção natural tem sido impiedosa e, em grande parte, bem-sucedida em eliminar o DNA suicida. Apesar de todas as vicissitudes da vida, apenas uma a cada mil pessoas encontra a morte pelas próprias mãos. Os autodestrutivos, com frequência, morrem jovens, levando seus genes consigo para o esquecimento. O DNA otimista vence a loteria da procriação e nos mantém na luta para permanecer no jogo, com todas as dificuldades e as dores. Nas epidemias de suicídio, o instinto de manada esmaga nosso poderoso instinto de autopreservação. Não há maneira melhor de ilustrar a força compensatória dos modismos do que o fato de que a ânsia de seguir um deles às vezes suplanta a de sobreviver.

A NEUROCIÊNCIA PROMOVE MODISMOS CLÍNICOS

A neurastenia, a histeria e o transtorno de múltiplas personalidades foram todos modismos do fim do século XIX iniciados por neurologistas carismáticos (Beard e Charcot) para explicar as confusas e inespecíficas manifestações de muitos de seus pacientes. Por que três epidemias de uma vez? E por que as três iniciadas por neurologistas? Essa é uma lição de moral (atualmente muito relevante) sobre como o brilhantismo das descobertas neurocientíficas às vezes pode dar uma autoridade desmerecida a ideias clínicas desmioladas. As condições da época eram semelhantes às de hoje: existia uma revolução do conhecimento de como o cérebro funcionava. O neurônio acabara de ser descoberto, e os cientistas (incluindo Freud) estavam ocupados rastreando os caminhos de sua intrincada rede de conexões sinápticas. Revelou-se que o cérebro era um aparato elétrico, bem mais complexo, mas sem diferenças fundamentais em relação aos numerosos dispositivos elétricos que estavam sendo inventados e que começavam a fazer parte da vida diária.

A nova biologia do cérebro explicaria comportamentos que antes se considerava estarem na abstrata jurisdição dos filósofos e teólogos. Podia ser impossível sondar as profundezas da alma, mas deveria ser possível descobrir as especificações estruturais e as conexões elétricas do cérebro. Os sintomas não eram resultado de possessão demoníaca, maldição, pecado, vampiros ou mordidas de tarântula. Podiam ser entendidos como avarias na fiação da máquina cerebral. Esse era, e ainda é, um modelo poderoso e acurado. Todavia, tanto na época como agora, o problema era a subestimação da dificuldade de investigar os segredos dessa máquina notavelmente complexa. A autoridade da neurociência trouxe uma dignidade desmerecida a conceitos clínicos malucos que não fazem muito sentido.

Assim nasceram os três modismos: neurastenia, histeria e múltipla personalidade. Cada um era um modo diferente de rotular e fingir entender o sofrimento humano inespecífico, que de outra forma seria muito confuso. Nenhum se mostrou útil; em certos aspectos, todos eram prejudiciais. As explicações causais eram equivocadas; os tratamentos recomendados, na melhor das hipóteses, tinham a eficácia de um placebo, mas na maioria das vezes agravavam os problemas que deveriam curar. No entanto, os rótulos prosperaram durante décadas porque soavam convincentes, respaldavam-se na grande autoridade da emergente ciência neurológica, eram promovidos

por gurus carismáticos e satisfaziam à necessidade humana de explicação. Isso tudo soa muito atual e traz uma importante lição. Um conjunto poderosamente convincente de rótulos e teorias causais, mas incorreto e prejudicial, enganou os médicos e pacientes mais perspicazes do mundo. Eram bons palpites revolucionários que se mostraram erradíssimos – assim como muitos dos nossos se mostrarão.

NEURASTENIA (APROX. FINAL DO SÉCULO XIX – INÍCIO DO SÉCULO XX)

A partir de 1869, um neurologista norte-americano chamado George Miller Beard definiu e promoveu com êxito a neurastenia – literalmente, nervos frágeis. Ele estava buscando preencher um buraco negro de diagnóstico: como rotular as diversas pessoas com os sintomas corporais e psicológicos inespecíficos de fadiga, perda de energia, fraqueza, vertigem, desmaios, dislexia, flatulência, cefaleia, dores generalizadas, problemas de sono e impotência; depressão, ansiedade ou ambos. A atração da neurastenia era devida ao fato de parecer explicar essa vasta gama de sintomas comuns.

A teoria causal de Beard seguia um modelo hidráulico análogo a uma falta de energia em qualquer aparato elétrico – a exaustão física e mental estava plausivelmente ligada a um esgotamento da fonte de energia do sistema nervoso central. Ele atribuiu esse esgotamento a causas sociais: era duro para essas pessoas se ajustar a uma civilização tecnológica em rápida mudança, às angústias da urbanização e ao ambiente profissional cada vez mais competitivo. Elas estavam adoecendo porque se forçavam a ir além de sua tolerância e suas reservas. A maioria dos casos se dava nas batalhadoras classes de trabalhadores sedentários – pois cansavam a mente quando a natureza queria que cansassem o corpo. Sigmund Freud, então neurologista, aceitou a utilidade da neurastenia como diagnóstico descritivo porque ela descrevia muito bem vários de seus pacientes. Contudo, desenvolveu uma teoria completamente distinta para explicar o esgotamento da energia: o esgotamento da libido. Podia ser constitucional ou resultar da abundância de orgasmos (na maioria das vezes, devido ao excesso de masturbação).

Os tratamentos para a neurastenia foram marcadamente variados, imprecisos e tolos. O preferido de Beard era um aprimoramento biológico

do sistema com eletroterapia. Freud o desprezou como uma “simulação de tratamento” e, no lugar dele, sugeriu a redução de atividades de esgotamento libidinal, como masturbação ou excesso de relações sexuais. Não recomendava a psicanálise para a neurastenia porque esta era causada pelo déficit libidinal, e não por conflitos psicológicos. Os tratamentos sugeridos por outros incluíam repouso, banhos, mudança de hábitos alimentares e distração das preocupações da vida cotidiana. Todos provavelmente tinham, na melhor das hipóteses, o impacto de um bom placebo.

A neurastenia foi um diagnóstico vago e indefinido com tratamentos vagos, indefinidos e inúteis. O fato de isso não ter reduzido sua enorme popularidade mundial deveria ser um forte indício do poder de sedução das confabulações clínicas. Temos uma necessidade intelectual de ver formas nas nuvens. O rótulo que criamos, embora inexato, dá uma explicação reconfortante para o sofrimento do paciente e um alvo para o tratamento. É uma metáfora do desconforto, apropriada à tecnologia e à visão de mundo de uma época e de um lugar particulares. Quando todos estão interessados na energia elétrica, a metáfora é o esgotamento energético. Quando há interesse em neurotransmissores (caso dos dias de hoje), a metáfora superficial passa a ser a do “desequilíbrio químico”.

A neurastenia desapareceu de repente – provavelmente porque os psiquiatras substituíram os neurologistas como principais cuidadores de pacientes com sintomas físicos e mentais abrangentes e vagos. A mudança da neurologia para a psiquiatria ocasionou uma mudança paralela de sintomas físicos para psicológicos como modo preferido de comunicação entre paciente e médico. A nomenclatura psiquiátrica também estava se expandindo e logo se tornaria muito mais específica na descrição de uma ampla variedade de manifestações em pacientes externos, que antes eram amontoadas sob o rótulo unificador, porém essencialmente despropositado, de neurastenia. O modismo havia completado seu ciclo.⁷

HISTERIA/TRANSTORNO DE CONVERSÃO (APROX. FINAL DO SÉCULO XIX AO INÍCIO DO SÉCULO XX)

De todas as epidemias, essa foi a que teve o *pedigree* mais elevado, promovida que foi pelos quatro neurologistas mais famosos da época: Jean-

Martin Charcot, Pierre-Marie-Félix Janet, Josef Breuer e Freud. Descrevia pacientes que se apresentavam com sintomas intrigantes porque não estavam de acordo com a distribuição do sistema nervoso ou com as moléstias neurológicas estabelecidas. Os mais comuns eram paralisia, perda sensorial, sensações estranhas, postura anormal, perda ou alteração da fala, engasgo, convulsões, vertigem ou perda de consciência.

Charcot era um grande *showman*, que abordava a histeria com um entusiasmo e um dom que deveriam ter disparado alarmes. Reuniu um séquito de pacientes altamente sugestionáveis e um exército de alunos (incluindo Freud) que foram a Paris, saídos de toda a Europa, ver o mestre atuar em demonstrações que tinham bom público, alta carga dramática e fotogenia. Refestelava-se provando que a hipnose podia tanto curar como gerar os sintomas – ele era capaz de hipnotizar os mancos e torná-los sadios ou de hipnotizar os sadios e torná-los mancos. Seus pacientes, muitos abrigados juntos, tornaram-se formidáveis mímicos dos sintomas uns dos outros, mesmo fora dos auspícios do grande homem. De alguma forma, Charcot não entendia a questão central daquilo tudo. Seu poder de sugestão e o esforço para lhe agradar haviam transformado aquelas pessoas, bem como a ele mesmo, em artistas performáticos. Sem reconhecer a própria função causativa, Charcot desenvolveu teorias vagas de doença cerebral que presumivelmente tornavam o indivíduo suscetível tanto à hipnose quanto à histeria.

Enquanto isso, em Viena, Breuer (outro professor de Freud) encontrava dificuldade para hipnotizar Anna O. Era uma mulher criativa, inteligente, sugestionável e solitária, com a habitual panóplia de sintomas inespecíficos e predominantemente neurológicos. Sob as orientações dela, a “cura pela fala” (ou psicanálise) foi criada como alternativa à hipnose. Em vez de entrar em um transe hipnótico, Anna associava pensamentos aparentemente aleatórios. Então, paciente e médico faziam conexões psicológicas entre as fantasias e os impulsos inconscientes do passado dela. Funcionou! Os sintomas logo passaram. Mas Anna voltava a adoecer sempre que a recuperação ameaçava terminar a estimada relação com o doutor. A explicação era óbvia. Ela melhorava para agradar a ele e tinha recaídas para evitar perdê-lo. Isso deixava Breuer nervoso (para não falar de sua ciumenta esposa, que provavelmente entendia as motivações de Anna de forma bem mais clara do que ele ou Freud).

Estava claro, como na hipnose de Charcot, que era possível fazer os sintomas desaparecerem ou aparecerem com base na sugestibilidade do paciente, e que a sugestão era uma força importante em toda relação poderosa entre médico e paciente. Freud cunhou o termo “transferência” para designar o papel parental que amarrava o paciente ao seu médico, e que o tornava tão vulnerável à influência. Mas não compreendeu o grande papel que a sugestão também exerce na psicanálise. Entendeu e supervalorizou o conflito intrapsíquico e a transferência, mas não entendeu e subvalorizou a relação interpessoal em curso.⁸

A psicanálise era um tratamento ineficaz para o transtorno de conversão e, como a hipnose, contribuiu para sua propagação. Ironicamente, um xamã teria sido um terapeuta melhor para Anna O. do que um psicanalista. Entenderia o sintoma como metáfora e encontraria um modo mais eficiente de expulsá-lo por meio da sugestão. O tratamento de Anna O. acabou mal, com ela ainda doente e irritada com Breuer. Mas houve um final feliz. Na vida real, Anna O. era Bertha Pappenheim, que se recuperou e veio a se tornar uma das fundadoras do serviço social.

Assim como a neurastenia, a histeria de conversão desapareceu quando os psiquiatras substituíram os neurologistas como principais cuidadores dessa população em busca de auxílio. Pacientes sugestíveis atendidos por neurologistas naturalmente manifestavam sintomas neurológicos. O mesmo paciente, atendido por um psicanalista, expressaria o sofrimento por sintomas mais emocionais e cognitivos. Os sintomas de conversão continuam sendo vistos em algumas partes do mundo onde há poucos profissionais de saúde mental, em que os pacientes têm melhor acesso à ajuda mediante sintomas físicos.⁹

TRANSTORNO DE MÚLTIPLAS PERSONALIDADES

O transtorno de múltiplas personalidades (TMP) tornou-se comum na Europa na virada do século XX. Charcot mais uma vez foi quem liderou o bando. Havia ajudado a fazer da hipnose um tratamento médico popular (quando não servia também como número de mágica barata). O transe hipnótico trouxe à luz sentimentos, fantasias, lembranças e ânsias inaceitáveis antes mantidas fora da consciência. Uma colaboração entre pacientes e médicos

sugestionáveis formulou a ideia de que o indivíduo estava acobertando uma personalidade oculta (ou talvez duas, três ou mais). Mediante um processo de “dissociação”, as múltiplas personalidades haviam estabelecido sua própria existência independente e podiam até, algumas vezes, se impor temporariamente e fazer coisas que estavam fora do controle, ou mesmo da consciência, da personalidade dominante. Era uma forma de converter uma metáfora de angústia e desconforto consigo mesmo em uma doença aparentemente coerente, que também reduziria qualquer responsabilidade pessoal pelos sentimentos rejeitados.

Paradoxalmente, a maneira de tratar a dissociação que supostamente causava a multiplicação da personalidade era estimular ainda mais dissociação por meio da hipnose. O objetivo era induzir as “alter” personalidades a adentrar a luz do dia para que pudessem ser fundidas em um todo coeso. Não é de se surpreender que o efeito geral do tratamento hipnótico tenha sido promover, em vez de curar, a suposta doença – as personalidades submergidas continuavam a se dividir e multiplicar. Felizmente, terapeutas e pacientes acabaram entendendo que a hipnose estava causando mais prejuízo do que benefício, e ela se tornou menos popular. O transtorno de múltiplas personalidades desapareceu quando os hipnotizadores deram lugar aos psicanalistas, que concentravam a atenção do paciente em fragmentos de lembranças e impulsos reprimidos, e não em integrar as personalidades latentes.

Em meados da década de 1950 ocorreu um breve renascimento da múltipla personalidade, sugerido pela popularidade do livro e do filme *As três máscaras de Eva*.¹⁰ Não durou muito porque a maioria dos terapeutas estava analiticamente treinada e desinteressada no transtorno. Não havia um quadro de terapeutas a postos capaz de criar um conjunto de pacientes de TMP. Uma onda mais duradoura veio após *Sybil*, nos anos 1970. O volume de casos de TMP começou a aumentar drasticamente; o modismo se alimentava de si mesmo, chegou ao auge no início da década de 1990 e, então, desapareceu de forma tão repentina quanto surgira. O reaparecimento do transtorno foi motivado pela renovação do interesse terapêutico na hipnose e em outros tratamentos regressivos e sugestivos, destinados a fazer emergir as “alter” personalidades. Uma indústria de terapeutas nasceu em oficinas de fim de semana, onde aprendiam a melhor forma de desvelar novas personalidades. Esse exército maltreinado de entusiasmados e recém-marcados “especialistas” no transtorno criou novas personalidades em um

ritmo alarmante, e o TMP se tornou o “diagnóstico *du jour*” padrão para todo paciente atendido.

O TMP provavelmente não é mais que uma metáfora que assumiu vida própria. A maioria dos casos (se não todos) foi induzida pelos esforços desses terapeutas bem-intencionados, mas equivocados, que tinham tão pouca noção do que estava acontecendo quanto seus pacientes. Não é difícil para um terapeuta sugestionável tratar um paciente sugestionável de modo a transformar qualquer problema psiquiátrico banal em TMP. O indivíduo e o médico evocam e batizam a (ou as) “alter” personalidade(s) para dar coerência a impulsos e a comportamentos fragmentários e inaceitáveis, em conflito com as expectativas de si próprio. Não custa muito presumir que eles tenham existência independente.¹¹

Durante algum tempo pareceu que, a cada três ou quatro pacientes, um alegava ter múltiplas personalidades. O modismo também foi alimentado pela capacidade da internet (então emergente) de dar informação e apoio instantâneos. À medida que crescia o número de casos de TMP, crescia também o número de personalidades por pessoa, e desenvolveu-se uma competição para determinar quem atingia a maior quantidade de “alter” personalidades. O recorde, em minha experiência, foi estabelecido por uma mulher que dizia haver desenterrado 162 personalidades distintas (a maioria femininas, mas também umas duas dúzias de masculinas), das mais variadas idades e temperamentos, e cada uma com um nome. Tudo ficava ainda mais estúpido quando alguns pacientes (e mesmo, acredite ou não, alguns terapeutas) começaram a afirmar que as múltiplas personalidades estavam, de alguma forma, relacionadas à possessão demoníaca e a rituais satânicos.

A demanda pelo tratamento de TMP caiu quando os seguros deixaram de pagar por ele e quando os terapeutas ficaram fatigados e desiludidos. Os entusiastas do transtorno perceberam que estavam abrindo uma caixa de Pandora ao induzir mais e mais personalidades. Os pacientes, em geral, pioravam de maneira progressiva, às vezes ficando muito mal, e era difícil lidar com eles no tratamento e na vida. Atendi ao menos uma centena de pessoas que alegavam acobertar múltiplas personalidades. Quase todas se apresentaram de uma vez só durante o auge da epidemia, entre o fim dos anos 1980 e o início da década seguinte. Em todos os casos, descobri que as personalidades emergentes haviam assumido vida própria somente após o paciente começar o tratamento com um psicoterapeuta interessado no tema, entrar em um grupo de bate-papo na internet, conhecer outra pessoa com o

problema ou assistir a um filme que o retratava. Pergunto-me se o TMP alguma vez ocorre como uma entidade clínica espontânea – se ocorre, não pode ser muito frequente.

O TMP apresentou um dilema para meu trabalho como presidente da força-tarefa do *DSM-IV*. Eu o considerava um embuste (ou, em termos mais delicados, um contágio coletivo temporário de sugestionabilidade entre médico e paciente) e com certeza não um transtorno mental legítimo. Pelo bem ou pelo mal, decidi não impor minha visão. Continuamos incluindo-o no manual e fizemos um escurioso esforço para apresentar ambos os lados da controvérsia da maneira mais justa e eficiente possível – muito embora eu acreditasse que um dos lados era uma completa balela. Caí em minha própria armadilha conservadora: não fazer mudanças baseadas apenas em minha opinião. Graças a Deus, o mundo deu uma trégua e por ora se afastou do TMP, mas eu esperaria novos surtos no futuro. A múltipla personalidade parece ter um apelo duradouro entre pacientes e terapeutas sugestionáveis; encontra-se latente, pronta para retornar. Estamos sempre a apenas um *blockbuster* cinematográfico de distância, e algumas oficinas de fim de semana, de um novo modismo. Procure o início de mais uma epidemia em uma ou duas décadas, quando uma nova geração de terapeutas tiver esquecido as lições do passado.

CAÇA ÀS BRUXAS: O ESCÂNDALO DO ABUSO SEXUAL EM CRECHES (APROX. 1980 – 2000)

Os escândalos sexuais em creches (ocorridos ao mesmo tempo em que o modismo do TMP, e às vezes relacionados a este) foram uma repetição muito semelhante dos julgamentos das bruxas de Salém. Separadas por exatos trezentos anos, ambas as epidemias refletem o pior da natureza humana e foram impulsionadas pelos mesmos ingredientes de medo, acusações ácidas, puritanismo pruriente, sugestão, projeção, contágio grupal e a crédula aceitação do testemunho obviamente fantástico de crianças. A caça às bruxas de Salém, na década de 1690, foi propagada por honrados (porém equivocados e destrutivos) ministros puritanos. Nos Estados Unidos dos anos 1990, a epidemia foi cultivada por bem-intencionados (porém equivocados e destrutivos) terapeutas – reconhecidamente assistidos com habilidade por pais, polícia, procuradores, juízes e júris equivocados. É uma

história desanimadora, um ultrajante erro judicial e uma desalentadora ruptura na sociedade civil.

Todos os casos seguiram o mesmo roteiro deprimente. O modismo teve início no condado de Kern, na Califórnia, em 1982 e, dez anos depois, havia se alastrado como fogo pelo país (e em menor grau pelo mundo). Alegava-se que funcionários de creches estavam abusando sexualmente das crianças sob seus cuidados, muitas vezes das maneiras mais chocantes e bizarras. Em todos os casos, as provas eram baseadas em acusações absurdas e fantásticas feitas por crianças muito pequenas, sem apoio em evidências físicas ou testemunhos críveis que as corroborassem. A acusação inicial costumava ser feita por um queixante vingativo e transtornado – em geral um pai, padrasto ou avô. O pânico logo se estendia a outros pais e à comunidade como um todo.

O testemunho das crianças foi uma confabulação originária de longas, repetidas e extenuantes inquisições conduzidas por uma aliança profana de terapeutas, policiais e procuradores, coagidos pelos pais e pela imprensa. O tom dos interrogadores foi manipulador, sugestivo e às vezes até coercitivo. Eles já sabiam as coisas terríveis que haviam acontecido – era apenas uma questão de fazer as vítimas preencherem os detalhes sórdidos. Foi dito às crianças o que as outras estavam dizendo e foi aplicada uma grande pressão para que elas se conformassem e confirmassem. As histórias contadas por cada testemunha infantil naturalmente se alimentavam umas das outras e, de forma gradativa, convergiam para uma imagem aparentemente coerente e condenatória. Salém revisitada.

Não foram poupados detalhes lúgubres e pré-fabricados para preencher qualquer lacuna da imaginação ou da memória das crianças. As possíveis limitações de criatividade de determinado entrevistador ou criança eram suplementadas por amplos e selvagens relatos da mídia sobre as acusações que haviam sido feitas em outros casos. A imprensa e a TV estavam se esbaldando e promovendo um circo. Não importava o fato de as acusações serem ridículas, fantásticas e fisicamente impossíveis. Seria de se presumir que uma pessoa razoável jamais lhes daria credibilidade, mas o público havia deixado de ser razoável. As mais estranhas acusações ganhavam uma insana autoridade se fossem repetidas o suficiente em qualquer caso. E pareciam confirmar o que havia sido divulgado com tanta frequência, tanto alarde e tantos detalhes vívidos, em tantos casos diferentes, em tantos

estados e países diferentes. Havia tanta fumaça que tinha de haver fogo. O sistema judiciário poderia alegar a própria insanidade temporária.

Os casos eram diferentes variações sobre dois temas de abuso: sexual e satânico. O primeiro consistia em todos os atos libidinosos imagináveis (e outros inimagináveis ou até impossíveis) e em orgias, pornografia, prostituição e tortura. Os ritos satânicos consistiam em adoração ao diabo; assassinato e tortura de animais; ingestão de sangue, urina ou fezes; e possessão demoníaca. Algumas histórias continham elementos obviamente fantásticos: contato com alienígenas, abuso por robôs, esfaqueamentos que não deixavam feridas e assim por diante. O evidente absurdo de algumas dessas alegações de alguma forma não alertou os ansiosos demandantes para o provável absurdo de todas elas.

Todos esses horríveis acontecimentos supostamente ocorriam na creche durante o horário regular de funcionamento, sem que ninguém notasse – nem pais, nem vizinhos, nem entregadores, ninguém. Não se explicou de que maneira, até a exposição dos feitos repugnantes, as crianças podiam deixar o estabelecimento sorridentes e normais. A situação piorava à medida que os métodos de grande inquisição eram engendrados. A suspeita e a culpa se espalhavam. Estava claro que o criminoso principal não poderia ter passado despercebido em seus atos corruptores sem a conivência conspiratória ou a participação ativa de todo o pessoal da creche. Essas pobres almas inocentes seriam submetidas às técnicas de ira virtuosa e ao interrogatório brutal de funcionários públicos ingênuos (porém muitas vezes ambiciosos), determinados a “proteger nossas crianças” e a punir com severidade todos os responsáveis por roubar sua inocência. Os empregados da casa enfrentaram a habitual e horrível escolha daqueles que são acusados injustamente: perder a honra ou a liberdade. Confessar diante de acusações falsas que haviam participado daquelas atividades absurdas alegadas pelos queixantes mirins, traindo assim os amigos que seriam condenados com base em seu falso testemunho; ou encarar um longo tempo de encarceramento pelo crime de estar inocentemente no lugar errado na hora errada.

Com um desejo apavorado e frenético de proteger os filhos de uma perda imaginária da inocência, os pais os submeteram a perniciosos interrogatórios, conceitos fantásticos a respeito de sexo e Satã, necessidade de mentir e dar falso testemunho, exposição pública e, mais tarde, culpa por terem feito parte dessa balbúrdia. Certamente provocaram a verdadeira perda de inocência nas crianças. Os “terapeutas” envolvidos nos casos

havam desenvolvido experiência instantânea em sexo pré-escolar e logo alcançariam a celebridade por seus heroicos esforços para aboli-lo. Os entrevistadores ficaram notavelmente cegos aos efeitos de suas distorções e ao papel que a sugestão e o reforço positivo desempenharam ao ajudar as crianças a repetir suas pré-concepções. Os terapeutas alongaram o processo ao usar bonecas anatomicamente corretas, supostamente com propósitos investigativos, para determinar o que de fato ocorrera. No entanto, a ideia se degenerou em uma ludoterapia mútua que despertou fantasias ainda maiores nas imaginações sexuais colaborativas das crianças e dos terapeutas.¹²

Por que a epidemia da histeria das creches aconteceu, exatamente quando e onde? Por que em 1982? Por que nos Estados Unidos? Nunca é possível avaliar com precisão as causas de qualquer evento com tantas influências diferentes e interagentes. Mas alguns fatores sobressaem como prováveis contribuições. Só pode haver um pânico em relação a creches se houver creches. Elas haviam se tornado uma parte necessária da vida norte-americana na medida em que mais mães entravam na força de trabalho, famílias viajavam grandes distâncias em busca de empregos disponíveis e havia menos avós à disposição para ajudar a tomar conta dos netos. Sem dúvida, a culpa dos pais ao transferir sua responsabilidade contava. Entre os terapeutas, havia um medo de não terem antes levado a sério as declarações de crianças que, de fato, haviam sofrido abuso sexual. Também havia terapeutas demais com experiência de menos que, não obstante, eram capazes de se autopromover e de ganhar autoridade como falsos “especialistas”. Esse triste episódio é o aviso mais claro imaginável a qualquer terapeuta que sinta o impulso de entrar no bonde de um modismo atual ou futuro.

ATRÁS DO BANDO

Não devemos nos surpreender com o fato de o diagnóstico psiquiátrico sempre ter sido, e ainda ser, tão dado a modismos. A moda influencia todos os aspectos do comportamento, e seguir o bando faz parte da natureza humana. A boa notícia é que as modas vêm e vão. Um século atrás, o mundo estava imerso na neurastenia, na histeria de conversão e no transtorno de múltiplas personalidades. Depois, os três modismos desapareceram súbita e misteriosamente. Os modismos psiquiátricos que hoje parecem tão

entrincheirados são menos robustos do que enxergamos, e é provável que também murchem com o tempo, à medida que a população for entendendo seus riscos. Todavia, também há más notícias. As epidemias do passado eram, na maioria das vezes, isoladas, localizadas e autolimitadas. Os novos modismos são globalizados, monetizados e estão se tornando parte da infraestrutura social.

—

CAPÍTULO 5

MODISMOS DO PRESENTE

“Quando uso uma palavra”, disse Humpty Dumpty em tom escarninho, “ela significa exatamente o que eu quero que signifique; nem mais nem menos”.

“A questão é”, retrucou Alice, “se o senhor pode fazer as palavras terem vários significados diferentes”.

“A questão”, replicou Humpty Dumpty, “é saber quem manda. Apenas isso”.

LEWIS CARROLL, *Alice no País das Maravilhas*

Humpty Dumpty gaba-se de modo irrealista de sua capacidade de mandar nas palavras e de controlar sua definição. O orgulho o qualifica à merecida queda que está prestes a sofrer. Uma das coisas que Alice está constantemente descobrindo no País das Maravilhas é que as palavras podem fugir do controle e adquirir significados diferentes e confusos, muito dependentes do contexto. Não é tanto o que “se quer dizer” quanto o que os outros interpretam do que se quer dizer. E isso pode ser muito mais ou muito menos do que se pretendia.

Não tínhamos consciência de que estávamos na mesma posição frágil de Humpty quando o *DSM-IV* foi lançado, em 1994. Tínhamos a mesma crença complacente no poder das palavras escolhidas com cuidado e nos surpreendemos quando as nossas também fugiram do controle. Nosso objetivo era evitar o crescimento da inflação diagnóstica, e nossa presunção foi pensar que havíamos conseguido segurar a barra.¹ Estávamos enganados.² Descobrimos que o impacto do sistema diagnóstico não está nas palavras como foram escritas, mas no modo como são usadas. O *DSM-IV* deveria ser

um manual diagnóstico cuidadoso e conservador, mas, ao sair de nossas mãos, nem sempre foi usado de forma cuidadosa e conservadora. Pensávamos ter derrubado toda nova sugestão que pudesse abrir caminho para a indústria farmacêutica. No entanto, subestimamos consideravelmente o poder dessa indústria de convencer médicos e pacientes a aplicar nossas palavras da maneira mais vaga possível. Um colorido comercial de TV tem muito mais impacto dramático do que as letras miúdas de um conjunto seco de critérios do *DSM-IV*. A blitz constante do marketing enganador superou com facilidade as barreiras ao sobrediagnóstico que achamos estar erguidas em nossas definições. Como viemos a saber, o manual contribuiu de forma inconsciente para três novas epidemias falsas na psiquiatria – o sobrediagnóstico do déficit de atenção, autismo e transtorno bipolar adulto. Regra de ouro: se qualquer coisa em um *DSM* puder ser mal utilizada, ela será.

Deveríamos ter imaginado. Conflitos entre as tradições escrita e oral são tão antigos quanto a Bíblia e tão atuais quanto a interpretação que a Suprema Corte dá à Constituição. As palavras escritas geralmente não regem – tudo depende da interpretação posterior. Montagens alternadas da mesma peça podem transmitir significados muito diferentes sem mudar uma palavra. A lição dos últimos 15 anos é que o *DSM* não estabelece padrões sozinho. Médicos, outros profissionais de saúde mental, fabricantes de remédios, grupos de defesa, escolas, os tribunais, a internet e a televisão, todos interferem em como a palavra escrita será usada e abusada. Existem falsos profetas e falsas epidemias. Só exercemos controle sobre o manual diagnóstico até o momento em que o publicamos. Assim que ele passa ao domínio do público, os outros o usam (e frequentemente abusam) como lhes dá na telha.

A seguir veremos uma galeria de horrores de atuais epidemias falsas na psiquiatria – os transtornos mentais mais propensos a serem sobrediagnosticados e sobretratados. Espero que descrevê-los reduza sua difusão. Mas, antes, uma importante advertência: um modismo diagnóstico é um diagnóstico útil que perdeu o prumo. Muitas, talvez a maioria das pessoas que hoje têm o diagnóstico o receberam por uma boa razão. São modismos apenas porque entraram muito em voga, e com frequência são aplicados de maneira vaga e inapropriada – em especial na assistência básica. Cada um, no lugar certo e diagnosticado com precisão, é absolutamente essencial para a compreensão e para o tratamento de sintomas

psiquiátricos. Qualquer um às margens que já tenha recebido um desses diagnósticos deveria buscar uma segunda opinião. Seja sempre cético, mas não em excesso.

O TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO À SOLTA

São seis horas da manhã, chove e está escuro, e estou dirigindo para o aeroporto. Não consigo armar a capota do conversível porque está quebrada há meses, mas vivo me esquecendo de consertá-la. Chego, paro em fila dupla para checar a bagagem e deixo os faróis ligados e o rádio berrando clássicos dos anos 1960, 1970 e 1980. Ao retornar, uma semana depois, não encontro o automóvel na garagem. Isso me surpreende, mas não deveria, pois não o estacionei ali. Esqueci completamente, apenas chequei a bagagem e embarquei displicentemente no avião. Os bem-humorados seguranças chamam todos os colegas para dar boas risadas à minha custa. Fico imensamente grato por terem rebocado o carro para um lugar seguro, carregado a bateria e recusado qualquer pagamento, porque a rara experiência de encontrar alguém tão pateta já havia sido uma recompensa mais do que suficiente.

A vida de minha secretária, Tammy, foi enriquecida de modo semelhante pelo deleite com a minha habilidade mágica de perder papéis no trajeto de três metros entre nossas salas, minha recorrente incapacidade de encontrar meu consultório no labiríntico hospital onde trabalho há anos e minha capacidade de esquecer reuniões e compromissos. Minha esposa é muito menos conhecedora do que crítica. Afirma sem dó que minha falta de atenção às necessidades e pequenas tarefas da vida diária reflete uma evitação deliberada em vez de transtorno mental diagnosticável. Minha vida sempre foi uma espécie de oficina profissional para deficientes. A gentileza de amigos e estranhos me protegeu de alguma incapacitação grave.

Sou um professor distraído ou um enfermo psiquiátrico? Deveria começar a tomar estimulantes ou continuar me virando de qualquer jeito? Antigamente eu era uma pessoa normal, embora, às vezes, ridícula. Mas hoje as coisas são diferentes. O TDAH está se alastrando como fogo. Antes era confinado a uma pequena percentagem de crianças com problemas evidentes, que surgiam em uma idade muito precoce e lhes causavam dificuldades inegáveis

em diversas situações. Depois, todo tipo de perturbação em sala de aula passou a ser medicalizado, e o TDAH, a ser aplicado de forma tão promíscua que hoje incríveis 10% das crianças se enquadram nele. Toda classe tem ao menos um ou dois alunos medicados. E cada vez mais o transtorno vem se tornando uma explicação genérica para todo tipo de problema de desempenho também em adultos.

Como isso pôde acontecer? Seis fatores contribuíram: mudanças de redação no *DSM-IV*, artilharia pesada dos fabricantes de remédios no marketing para os médicos e na divulgação para o público geral, cobertura extensiva da mídia, pressão exercida por pais e professores estressados para controlar crianças indomáveis, tempo extra para realização de provas e serviços escolares para aquelas com diagnóstico de TDAH e, por fim, o mau uso generalizado de estimulantes vendidos sob prescrição para melhora do desempenho geral e fins recreativos.

A explicação mais óbvia é, de longe, a menos provável: que a prevalência dos problemas de atenção e hiperatividade de fato tenha aumentado. Não há razão para achar que as crianças mudaram, apenas os rótulos o fizeram. Hoje diagnosticamos como transtorno mental problemas de atenção e comportamento que eram vistos como parte da vida e da variação normal dos indivíduos. A prova mais convincente disso vem de um amplo estudo que trouxe uma descoberta particularmente perturbadora. A data de nascimento era uma forma muito poderosa de prever se a criança iria ou não receber um diagnóstico de TDAH. Meninos nascidos em janeiro tinham um risco 70% maior do que os nascidos em dezembro, simplesmente porque 1º de janeiro era a data de corte para a atribuição do ano escolar. As crianças mais novas e menos maduras em termos de desenvolvimento na turma têm muito mais chance de ser diagnosticadas. O efeito aniversário exerceu quase a mesma influência sobre as meninas. Transformamos o fato de uma criança ser imatura devido à idade em uma doença a ser tratada com um comprimido.³⁻⁵

A contribuição do *DSM-IV* foi inadvertida e provavelmente apenas uma figurante na venda do TDAH. Trocamos algumas palavras para que a definição ficasse mais adequada às mulheres – levando em conta que meninas são mais propensas que os meninos a “viver no mundo da lua” e menos a serem hiperativas. Testes de campo extensivos previram um aumento de apenas 15% nas taxas, porém mais tarde o astucioso marketing farmacêutico nos pegou de surpresa, fazendo-as triplicar. Até meados dos

anos 1990, o TDAH ocupava um canto minúsculo e esquecido do vasto e ativo empreendimento farmacêutico, quase indigno de nota. As drogas estimulantes usadas para tratá-lo estavam sem patente havia décadas, e podiam ser compradas em forma genérica por centavos o comprimido. As receitas totais de 50 milhões de dólares anuais das medicações para o transtorno correspondiam a não mais que um erro de arredondamento nas demonstrações financeiras das companhias. Não havia propaganda para os pacientes nem marketing para os médicos. O TDAH parecia um diagnóstico seguro e não lucrativo que voava bem longe do radar de busca da indústria farmacêutica.

As condições mudaram de forma drástica alguns anos após a publicação do *DSM-IV*. Diversas medicações recém-patenteadas e caras chegaram ao mercado. Coincidentemente, os fabricantes de remédios haviam acabado de ganhar o direito de anunciar aos consumidores – e se aproveitaram disso à farta, com anúncios em todos os veículos de mídia e em tempo integral. A ruidosa mensagem era a habitual: o TDAH é extremamente comum, muitas vezes despercebido, e explica por que o Joãozinho tem um problema comportamental e não está aprendendo na escola. “Consulte seu médico.” Exércitos de representantes de vendas ansiosos lotavam os consultórios de pediatras, médicos de família e psiquiatras, empurrando uma pílula que, num passe de mágica, evitaria perturbações escolares e resolveria crises domésticas. Pais, professores e médicos foram recrutados em um esforço total para identificar e tratar agressivamente o TDAH.⁶⁻⁷

Há uma persistente controvérsia acerca de até que ponto a prevalência triplicada do TDAH é motivo de celebração, séria preocupação ou talvez ambas. Alguns creem que a elevação das taxas reflete, acima de tudo, a identificação útil do transtorno em casos antes não detectados. Isso é parcialmente verdadeiro. Sem dúvida, o aumento do número de diagnósticos auxiliou muitas crianças que de outra forma não teriam recebido um tratamento necessário e adequado. A medicação para esses bem-diagnosticados pequenos pode (ao menos em curto prazo) melhorar o aprendizado, prevenir a inquietude, reduzir ataques impulsivos, ajudá-los a se sentir mais à vontade consigo mesmos e diminuir a culpa e o estigma. Para as crianças que de fato precisam, os medicamentos estimulantes são seguros e eficazes – uma verdadeira dádiva para elas, os pais e os professores.

Porém, há o lado triste da moeda nessa história feliz. Os ganhos para uns têm de ser compensados pelo alto custo para outros. O aumento da prevalência do TDAH resulta, em grande parte, da identificação “falso-positiva” em jovens que estariam melhor se nunca tivessem recebido um diagnóstico. A pressão do marketing das empresas farmacêuticas muitas vezes leva a um tratamento desnecessário, com remédios que podem causar os nocivos efeitos colaterais de insônia, perda de apetite, irritabilidade, problemas de frequência cardíaca e uma variedade de sintomas psiquiátricos. Acrescente-se a isso a emergente questão do mau uso de estimulantes para melhora do desempenho e para intoxicação. Realmente queremos que 30% dos universitários norte-americanos e 10% dos secundaristas comprem estimulantes vendidos sob prescrição de modo ilegal para se saírem melhor em uma prova ou se divertirem mais em uma festa? A comercialização dessas drogas no grande e ilegal mercado secundário das ruas e escolas até dificultou o fornecimento adequado para fins legítimos.⁸

Como podemos reduzir o diagnóstico vago e o uso excessivo de medicamentos? Um pequeno número de médicos em cada comunidade é responsável pela maior parte da sobreprescrição. Os controles de qualidade e a humilhação podem domar drasticamente seus hábitos profissionais.⁹ Os doutores também precisam aprender que, ao contrário do que a indústria farmacêutica lhes ensinou, a melhor abordagem ao TDAH é um “diagnóstico passo a passo” – não “atirar primeiro e mirar depois”. Diagnosticar cedo e iniciar a medicação, apenas quando os sintomas forem muito severos, prementes e tiverem manifestação clássica. Sempre que forem brandos ou dúbios (como são em muitos casos), é melhor pisar no freio e aguardar com atenção durante um período. Em muitas ocasiões os sintomas serão transitórios: uma reação ao estresse familiar, social ou escolar. Às vezes, a criança é apenas imatura. Em outros casos, o problema é o abuso de uma substância química ou outro distúrbio psiquiátrico que deve ser descartado no período de observação. Se os problemas persistissem, mas não fossem gravemente incapacitantes, os próximos passos seriam de orientação educacional ou psicoterapêutica. O passo final do diagnóstico definitivo e do tratamento medicamentoso seria reservado apenas aos que não houvessem respondido de forma adequada aos anteriores. Infelizmente, não existe uma campanha educacional bem financiada para médicos e público que promova essa sensata abordagem passo a passo. A mensagem “diagnóstico apressado e prescrição impensada” das companhias farmacêuticas dominou o diálogo –

transformando muitas crianças imaturas normais em pacientes mentais prematuramente medicados.

TRANSTORNO BIPOLAR INFANTIL

Quando iniciei minha formação em psiquiatria, há 45 anos, não aprendemos nada sobre o transtorno bipolar infantil (TBI). Não havia por quê – era de tal forma raro que ninguém tinha visto caso algum. Em certa ocasião avalei um menino de nove anos cujos sintomas pareciam de bipolaridade, mas meu supervisor mandou que eu parasse de procurar coisas exóticas. O conselho foi: “Ao ouvir barulho de cascos, pense em cavalos, não em zebras.” Naqueles dias, sem dúvida estávamos deixando passar alguns casos de bipolaridade infantil e, às vezes, sonogando o que poderia ser um tratamento proveitoso.

Mas agora o pêndulo oscilou radical e perigosamente para a outra direção. O TBI tornou-se a bolha mais inchada entre todos os diagnósticos psiquiátricos, com uma notável inflação de quarenta vezes em apenas uma década. O transtorno satisfaz a três precondições essenciais para o excesso de popularidade: necessidade premente, profetas influentes e uma história cativante. A primeira foi criada por crianças perturbadas e perturbadoras presentes em contextos clínicos, escolares e correcionais. Elas sofrem e causam sofrimento a quem está à volta – fazendo-se notar por familiares, médicos e professores. Todos sentem uma enorme pressão para tomar uma atitude. Diagnósticos anteriores (em especial os transtornos de conduta e de oposição) davam pouca esperança e não chamavam à ação. Em contrapartida, um diagnóstico de TBI pretende (falsamente) explicar o mau comportamento e justifica uma intervenção medicamentosa.

Os falsos profetas eram “gurus” influentes e carismáticos que tinham ainda o prestígio de ser oriundos de Harvard. Traziam um evangelho apócrifo pregado abrangentemente a psiquiatras infantis, pediatras, médicos de família, pais e professores. Sua cruzada energética recebeu um forte patrocínio dos fabricantes de remédios, que seriam os maiores beneficiários. Os profetas haviam subido a montanha e regressado com um novo dogma: daqui para a frente as velhas regras do *DSM* para o diagnóstico de bipolaridade não precisam ser aplicadas a crianças. O TBI não exigia mais a

presença das clássicas variações de humor entre mania e depressão. Em vez disso, o diagnóstico podia ser feito de maneira livre e inclusiva, englobando um variado balaio de crianças irritáveis, temperamentais, nervosas, agressivas e/ou impulsivas. As fronteiras do TBI seriam, assim, alargadas para as entranhas de um território desconhecido, onde se rotulavam crianças que antes haviam recebido outros diagnósticos (déficit de atenção; transtorno de conduta, de oposição ou de ansiedade) ou nenhum (“temperamentais”, porém normais). Um vasto mercado se abriu, para a gratidão da indústria farmacêutica. Variações de humor são raras em crianças – não são um bom alvo comercial. Mas a irritabilidade é comum o bastante para fazer as vendas dispararem. E o transtorno bipolar costuma ser considerado um diagnóstico vitalício. Transforme uma criança na tenra idade em cliente e ela pode ser sua pelo resto da vida.

Não é nem um pouco surpreendente a indústria farmacêutica ter estimulado a definição expandida de TBI e capitalizado sua recém-descoberta popularidade. Mais surpreendente foi a entusiasmada aquiescência de médicos, terapeutas, pais, professores, grupos de defesa, mídia e internet.

Uma vez que os rigores das definições do *DSM-IV* foram jogados no lixo, estabilizadores de humor e antipsicóticos passaram a ser distribuídos sem controle para combater o falso TBI. Os resultados foram catastróficos. Crianças podem ter um rápido e substancial aumento de peso – em média, mais de 5kg em 12 semanas –, elevando o risco de diabetes e podendo reduzir a expectativa de vida.¹⁰⁻¹² A negligência mais odiosa foi entupir crianças – de dois e três anos – de remédios para tratar um diagnóstico ridiculamente prematuro de transtorno bipolar, em alguns casos matando-os com overdoses letais.¹³

O TBI também carrega um estigma considerável, sugerindo que a criança terá uma enfermidade duradoura que requer tratamento vitalício. O diagnóstico pode distorcer a narrativa de vida da pessoa, cortando a esperança de ambições que poderiam ser atingidas, e também reduzir o senso de controle e a responsabilidade pelo comportamento indesejado. Outras causas mais específicas de ataques de destempero são bem mais efêmeras e receptivas a tratamentos de tempo limitado. O abuso de substâncias tóxicas deve ser sempre a primeira hipótese para qualquer adolescente irritável. E o transtorno do déficit de atenção muitas vezes se manifesta com uma irritabilidade que responde melhor a estimulantes, mas

estes podem vir a ser abandonados diante de um diagnóstico incorreto de bipolaridade.

O modismo do TBI é o episódio mais vergonhoso em meus 45 anos de observação psiquiátrica. O uso generalizado de medicamentos perigosos para tratar um diagnóstico falso constitui um vasto experimento de saúde pública sem consentimento informado.

É um pequeno alento ele não ter se originado de qualquer coisa que tenhamos posto no *DSM-IV* – rejeitamos a sugestão de um critério específico para o TBI que teria legitimado o modismo e dado mais força a ele. Mas eu queria que tivéssemos incluído um aviso na seção de transtorno bipolar, alertando os clínicos a não serem irresponsáveis ao dar a crianças pequenas um diagnóstico que, na maioria dos casos, não se aplica a elas e pode ter consequências tão perigosas.

O AUTISMO ENTRA NA MODA

O diagnóstico de autismo explodiu nos últimos vinte anos. Antes do *DSM-IV*, era um problema raríssimo, diagnosticado em apenas uma a cada duas mil crianças. Hoje, a taxa já chegou a uma a cada oitenta nos Estados Unidos e ao ainda mais incrível número de uma a cada 38 na Coreia.¹⁴⁻¹⁶ A primeira reação foi o pânico dos pais – a preocupação com o autismo ao menor sinal de que a criança não era perfeitamente convencional. Isso foi reforçado por um artigo da revista científica *The Lancet* que sugeria que o transtorno podia ser causado pela vacinação. Na verdade, a coocorrência não passa de uma coincidência cronológica: a idade típica de aparecimento do autismo por acaso está situada na mesma época em que as crianças são vacinadas. Desde então, estudos conclusivos refutaram qualquer ligação causal, e a publicação retirou o artigo original quando mais tarde ele foi exposto como uma fraude científica.¹⁷ No entanto, apesar de todas as provas em contrário, o medo infundado dos pais de alguma forma persiste. Fugir da vacinação para protegê-las de uma falsa epidemia de autismo pôs muitas crianças em risco de uma realíssima epidemia de sarampo e outras doenças infantis outrora vencidas e às vezes perigosas. Tudo isso reflete o mal-entendido geral quanto ao funcionamento do diagnóstico psiquiátrico – isto é, que as taxas de prevalência são sempre extremamente sensíveis a qualquer mudança de

definição. O aumento de vinte vezes em apenas vinte anos ocorreu porque os hábitos diagnósticos sofreram uma mudança radical, não porque as crianças de repente se tornaram mais autistas.¹⁸

A “epidemia” de autismo tem três causas. Uma parte, sem dúvida, advém da melhora da vigilância e da identificação por médicos, professores, famílias e pelos próprios pacientes. Pôr os holofotes sobre qualquer problema diminui o estigma e aprimora a descoberta de casos. A segunda causa foi a introdução do transtorno de Asperger no *DSM-IV*, um novo diagnóstico que ampliou de modo considerável o conceito de autismo. Todavia, cerca de metade da “epidemia” provavelmente é motivada pelos serviços – as crianças recebem o diagnóstico incorreto porque ele é um passaporte para ganhar mais atenção na escola e um tratamento de saúde mental mais intenso.

Poucos indivíduos apresentam os sintomas incapacitantes do autismo clássico, e estes são extremamente fáceis de identificar. Em contrapartida, o transtorno de Asperger descreve pessoas que são estranhas em certos aspectos (com interesses estereotipados, comportamentos atípicos e problemas interpessoais), mas nem de perto tão incapacitadas quanto as que sofrem de autismo clássico (que também inclui dificuldade de comunicação e baixo Q.I.). Como muitas pessoas normais são excêntricas e socialmente inaptas, não existe uma demarcação clara que as separe de quem tem Asperger. Havíamos estimado que o transtorno seria cerca de três vezes mais comum que a forma clássica e severa de autismo. Porém, as taxas inflaram de maneira artificial, porque muitos indivíduos dentro do campo da variabilidade normal (ou com outros transtornos mentais) foram mal identificados como autistas – em especial quando o diagnóstico foi dado na assistência básica, na escola e por pais e pacientes.

O *DSM-IV* pode ter iniciado a epidemia de autismo, mas outros motores potentes a impulsionaram além de todas as expectativas. Provavelmente, o mais importante foi a retroalimentação positiva entre a vigorosa defesa dos pacientes e o fornecimento de programas escolares e terapêuticos que requerem um diagnóstico de autismo. Com o crescimento, a população de “autistas” e seus familiares ganharam o poder de demander uma série de serviços adicionais – às vezes por meio de bem-sucedidas ações judiciais. Tais serviços, por sua vez, proporcionaram mais incentivo ao aumento do diagnóstico. Com mais pessoas diagnosticadas, surgiu um contingente ainda maior para demandar mais serviços.¹⁹⁻²⁰

O estigma do autismo também diminuiu de forma considerável. A internet trouxe um conveniente e confortável modo de comunicação, apoio social e camaradagem. O transtorno recebeu cobertura extensiva e favorável da imprensa e da televisão, e foi apresentado de maneira empática em filmes e documentários. Muitas pessoas bem-sucedidas reconheceram-se na definição de Asperger, e algumas a adotaram como um distintivo, com orgulho. A síndrome ganhou até um certo glamour excêntrico, em especial entre os ligados em alta tecnologia. Essa publicidade teve o efeito positivo de diminuir o tormento do diagnóstico. Mas, como de hábito, passou do limite. O Asperger saiu do nada para se tornar o diagnóstico *du jour* e a explicação genérica para todo tipo de diferença individual. Cerca de metade dos jovens hoje diagnosticados não cumpre os critérios quando estes são aplicados com cuidado, e cerca de metade os superará em avaliações futuras.²¹⁻²⁴

A epidemia teve prós e contras. Para os pacientes identificados de maneira correta, receber o diagnóstico trouxe as vantagens de aprimorar os serviços escolares e terapêuticos, diminuir o estigma, aumentar a compreensão na família, reduzir a sensação de isolamento e atrair o apoio da internet. Para os pacientes mal rotulados, há os custos pessoais do estigma e da redução de expectativas, tanto de si próprios como da família. E existe ainda o custo social da má alocação de recursos extremamente escassos e preciosos. Seria melhor que as decisões escolares não fossem tão acopladas a um diagnóstico psiquiátrico que foi desenvolvido apenas para fins clínicos, e em nenhuma hipótese educacionais. Muitos jovens mal rotulados têm, de fato, outros problemas sérios que requereriam atenção especial independentemente. Eles não precisam do estigma extra que vem com um diagnóstico incorreto de autismo. Os serviços escolares deveriam se basear nas necessidades educacionais, e não no diagnóstico psiquiátrico.

Como líder da força-tarefa do *DSM-IV*, mereço a culpa por não ter antecipado a corrida pelo sobrediagnóstico do transtorno de Asperger. Teria sido útil prever a alteração nas taxas de diagnóstico e explicar suas causas. Deveríamos ter tomado medidas proativas para educar o público e a mídia acerca do que os rótulos significam, e ressaltado que a mudança não ocorreu nas crianças, e sim na forma como elas são diagnosticadas. É muito mais fácil alavancar um modismo do que acabar com ele.

TRANSTORNO BIPOLAR II

Talvez a distinção mais importante em toda a psiquiatria infelizmente seja, muitas vezes, a mais difícil. O paciente tem variações de humor bipolares (com ciclos alternados de depressão e euforia) ou é apenas uma depressão unipolar convencional (depressão recorrente sem euforia)? Esse diagnóstico diferencial tem enormes implicações no tratamento futuro. Antidepressivos são bons para os ciclos de depressão, mas podem piorar o curso geral do transtorno bipolar, causando irritabilidade, variações de humor e aceleração do ciclo. Para diminuir esse risco, pacientes bipolares recebem um estabilizador de humor ou um antipsicótico (ou, com muita frequência, ambos), além do antidepressivo. Mas o esforço de prevenir o dano causado pelos antidepressivos tem um custo potencialmente alto. Os efeitos colaterais dos estabilizadores de humor são perigosos: ganho de peso, diabetes e problemas cardíacos. A pergunta difícil é: como traçar a linha diagnóstica entre o bipolar e o unipolar de forma a equilibrar os riscos de tomar ou não esses medicamentos?

A resposta é fácil para pacientes com os episódios maníacos clássicos, que são nitidamente bipolares. Episódios maníacos são inconfundíveis e inesquecíveis. A pessoa fica superativada em pensamento e ação; sai correndo; fala sob pressão; jorra ideias grandiosas; tem rompantes de criatividade elevada e uma violenta sucessão de planos totalmente impossíveis; faz piadas sem parar; flutua de bom humor, mas se irrita ao ser contrariada; gasta dinheiro como se não houvesse amanhã; sente uma energia ilimitada; age de forma inadequada e impulsiva; adota um comportamento sexual intrusivo; e tem pouca necessidade de sono. Qualquer um poderia fazer um diagnóstico de mania clássica em um minuto. E ela aponta para um claro e essencial plano de ação: nada de antidepressivos sem a rede de segurança de um estabilizador de humor.

No entanto, o que fazer se o indivíduo não tem um episódio maníaco pleno, mas sim elevações de humor periódicas muito diferentes de seu estado normal? Esses episódios maníacos parciais são chamados “hipomaníacos” e representam uma charada. Pacientes que têm períodos alternados de depressão e hipomania são a fronteira crucial que separa o transtorno bipolar do unipolar. Poderiam ser classificados em qualquer lado. Se os classificarmos como bipolares, eles receberão estabilizadores de humor que podem prevenir o ciclo rápido, mas podem ser expostos a medicação desnecessária, que talvez seja bastante prejudicial. Se os classificarmos como unipolares, receberão apenas antidepressivos, e isso

pode alavancar um episódio maníaco. Diante dessa ambiguidade, optamos por adicionar uma nova categoria, o transtorno bipolar tipo II, para descrever pacientes que têm depressões e episódios hipomaníacos. As evidências do curso, do histórico familiar e da resposta ao tratamento sugeriu que eles se encaixavam melhor no transtorno bipolar. E, após colocar tudo na balança, concluímos que eles seriam mais prejudicados por tomar antidepressivos sem cobertura do que pelo fardo adicional dos estabilizadores de humor. Foi por pouco, mas parecia mais seguro incluir o bipolar tipo II.

Contudo, há vulnerabilidades na definição e na avaliação do transtorno que abriram uma grande brecha para os fabricantes de remédios. Não há fronteira clara entre a hipomania e o simples bem-estar – de modo que os anúncios começaram a sugerir que ligeiras alterações ascendentes de humor ou uma irritabilidade passageira poderiam ser um sinal tênue de transtorno bipolar. Esse discurso funcionaria especialmente bem com pacientes deprimidos, que teriam muita dificuldade para distinguir entre um ciclo de euforia e um retorno ao humor normal. Drogas urbanas ou medicamentos antidepressivos também podem provocar breves períodos de elevação de humor – isso deveria ser considerado transtorno bipolar?

Sabíamos que o transtorno bipolar tipo II causaria certa expansão da categoria para o território do unipolar, mas não pensamos que ela dobraria. Sem dúvida, nossa decisão resultou em diagnósticos mais acurados e tratamentos mais seguros para muitos pacientes realmente bipolares antes não detectados. Porém, como em todos os modismos, ela passou dos limites e levou à medicação supérflua de muitos unipolares mal diagnosticados como bipolares com base em critérios fragilíssimos, e que hoje recebem estabilizadores de humor sem necessidade.²⁵⁻²⁶

Por que o grande salto? É a velha história do marketing enganador dos fabricantes de remédios. O mercado da bipolaridade é potencialmente muito maior que o da esquizofrenia, então as companhias farmacêuticas deram o bote no transtorno bipolar tipo II. O discurso para vender a doença foi que qualquer sinal de irritabilidade, agitação, destempero ou elevação de humor indicava uma tendência ao transtorno. Ele apareceu em todas as conferências e periódicos, na TV, nas revistas, no cinema. Psiquiatras, clínicos gerais, outros profissionais de saúde mental, pacientes e famílias foram bombardeados com alertas sobre os perigos do outrora “ignorado” transtorno bipolar.

O que traz à tona a pergunta: sabendo o que sabemos a respeito do modismo que ela gerou, foi uma boa ideia acrescentar o transtorno bipolar tipo II ao *DSM-IV*? Simplesmente não sei. Os prós e os contras estão bastante equilibrados. Mas uma coisa está clara: em situações limítrofes, em que a balança pode pender para qualquer um dos lados, não se deve pegar o bonde da bipolaridade criado pelo frisson dos fabricantes de remédios. Drogas antipsicóticas são muito arriscadas, a menos que haja um motivo real para tomá-las.

A FOBIA SOCIAL FAZ DA TIMIDEZ UMA DOENÇA

A fobia social transformou a timidez corriqueira no terceiro transtorno mental mais comum, com taxas que variam de 7% a ridículos 13%, dependendo da superficialidade do diagnóstico. Ao menos 15 milhões de adultos se enquadrariam como sociofóbicos apenas nos Estados Unidos, tornando o problema um dos principais alvos da propaganda farmacêutica. A timidez é um traço humano onipresente e perfeitamente normal, que tem o enorme valor de sobrevivência de saber prevenir em vez de remediar. É desejável que haja na tribo alguns tipos exploradores ansiosos por se aventurar do lado de fora quando o poço d'água seca. E é bom haver os tipos agressivos quando os vizinhos ficam invocados. Mas, para a sobrevivência diária em condições estáveis, evitar o novo e o não experimentado deve ter sido a escolha certa. Senão, o DNA que favorece a evitação não teria permanecido e se tornado tão comum.

É claro que existem pessoas cuja ansiedade social é totalmente incapacitante e suficiente para enquadrá-las em qualquer definição de transtorno mental. Mas esses indivíduos são raros, um mercado muito pequeno para interessar aos fabricantes de remédios. O golpe de mestre da indústria farmacêutica foi ver além desses poucos – antever um mundo em que um ligeiro excesso de timidez pudesse ser magicamente transformado em uma doença mental que requeresse uma dose de medicação.

A normalidade estatística da timidez foi exatamente o que deu aos fabricantes de remédios um alvo mercadológico gigante. Não há uma fronteira clara separando a timidez normal da ansiedade social. Assim, as empresas iniciaram uma campanha massacrante para convencer todos os

tímidos de que eram doentes e sairiam perdendo se não buscassem a cura. É conveniente o fato de muitas figuras públicas serem, com efeito, extremamente tímidas e promoverem vibrantes testemunhos sobre a libertação advinda do reconhecimento do diagnóstico e de, enfim, receberem o tratamento adequado. Médicos também foram atacados e amaciados para se prontificarem a receitar Paxil quando futuros “pacientes” seguissem a ordem publicitária de “consultar seu médico”. Em pouco tempo, o transtorno da ansiedade social emergiu de seu status insignificante de rara nota de rodapé psiquiátrica para se tornar uma radiante estrela diagnóstica, um dos transtornos mentais mais comuns e amplamente tratados.²⁷

A ansiedade social tinha uma segunda característica que fez dela um sonho de marketing. Como a maioria das pessoas que recebem o diagnóstico não estão de fato doentes, é fácil fazê-las melhorar. Trata-se de uma população com um índice alarmantemente alto de resposta ao placebo. Para as companhias farmacêuticas, um índice atraentemente alto. Depois de melhorar devido aos efeitos placebo de um fármaco (de que nunca precisou de verdade), o indivíduo (que nunca esteve realmente doente) torna-se propenso a continuar o uso como um amuleto de boa sorte, para não se arriscar a virar a canoa. Transforma-se em um cliente leal e permanente que não se beneficia, mas que está pronto para complicações desnecessárias.²⁸

Ao preparar o *DSM-IV*, não demos muita atenção à ansiedade social. Não parecia um diagnóstico de grande importância para a psiquiatria. E até vários anos depois, quando foi inflada e abusada pela propaganda enganadora, não era de muito interesse, realmente. Porém, está claro que escondemos a cabeça na areia e cometemos um sério erro de cálculo. Nossa definição de ansiedade social deveria ter estabelecido um limiar extremamente alto, para aceitar apenas os realmente incapacitados e rejeitar os meramente incomodados. É possível que os astutos publicitários tivessem passado por cima de qualquer resistência definitiva de nossa parte, mas com uma precaução maior poderíamos ter sido adversários mais duros.²⁹

A DEPRESSÃO MAIOR NEM SEMPRE É A MAIOR

O transtorno depressivo maior (TDM) às vezes faz jus a seu nome ameaçador; outras vezes, não. Em sua pior forma, é um dos sofrimentos mais

cruéis da humanidade. A dor emocional é pior do que qualquer coisa imaginável, pior do que perder nosso grande amor. No entanto, muito do que é diagnosticado como transtorno depressivo maior não é realmente “maior”, nem realmente “depressivo”, nem realmente “transtorno”. O diagnóstico vago criou uma falsa epidemia de TDM, em que 15 milhões de norte-americanos se qualificam a qualquer momento. A transformação da tristeza comum em depressão clínica fez de nós uma população sobremedicada e devoradora de pílulas.

A definição de TDM é uma das mais estáveis do *DSM*, permanecendo essencialmente inalterada desde o desenvolvimento inicial, na terceira edição, em 1980 – uma persistência que reflete sua utilidade. Contudo, há uma falha mortal. Como o mesmo conjunto de critérios define tanto a depressão mais severa como a menos grave, a definição foi escrita para satisfazer às necessidades de ambas. Ela funciona bem na extremidade severa, mas na extremidade branda levou à assustadora reembalagem da infelicidade cotidiana normal como transtorno mental.

Depressão maior branda é uma contradição peculiar, estando os descritores “maior” e “branda” desajeitadamente justapostos e internamente incoerentes. Esse estouvamento semântico reflete um enigma clínico. Não há como demarcar uma fronteira nítida entre as formas mais brandas de depressão clínica e as mais severas de tristeza corriqueira, normal. Se tentarmos diagnosticar todos os que de fato têm depressão maior, será inevitável errar nos casos de muitas pessoas que simplesmente estão passando por um momento difícil e que não precisam de rótulo médico nem requerem tratamento.

Já houve muita discussão sobre se os antidepressivos realmente funcionam melhor que os placebos, justamente porque muitos pacientes tratados em estudos estão pouco ou nada deprimidos e não precisam de medicação ativa.

Tristeza não deve ser sinônimo de doença. Não existe diagnóstico para cada decepção ou remédio para cada problema. As dificuldades da vida – divórcio, enfermidade, perda do emprego, problemas financeiros, conflitos interpessoais – não podem ser legisladas. E nossas reações naturais a elas – tristeza, insatisfação e desânimo – não devem ser todas medicalizadas como transtornos mentais ou tratadas à base de comprimidos. Costumamos ser resilientes, sacudir a poeira, mobilizar nossos recursos e nossos amigos e ir em frente. Nossa capacidade de sentir dor emocional tem um grande valor

adaptativo, equivalente em propósito ao da dor física: um sinal de que algo deu errado. Não podemos converter toda dor emocional em transtorno mental sem mudar radicalmente quem somos, esmaecendo a paleta de nossa experiência. Se não pudermos tolerar a tristeza, não poderemos experimentar a alegria. A distopia *Admirável mundo novo*, de Aldous Huxley, mostra a velocidade com que o indolor se traduz em estupor.

O *DSM* tornou fácil demais receber um diagnóstico de TDM. A maior fraqueza é não reconhecer o papel do estresse severo como causa da tristeza reativa. Suponhamos que algo terrível aconteça e o indivíduo reaja com duas semanas de tristeza, perda de interesse e de energia e falta de sono e de apetite. Parece perfeitamente compreensível e completamente normal, porém o *DSM* tacha isso de transtorno depressivo maior. A “epidemia” de TDM iniciada pelas definições vagas do manual foi, portanto, motivada por uma combinação de reducionismo biológico entre médicos e marketing requintado das companhias farmacêuticas. Os doutores compraram o enredo de que toda depressão resulta de um desequilíbrio químico cerebral, e assim exige um reparo químico – a prescrição de um medicamento antidepressivo. Isso é absolutamente verdadeiro nas depressões severas e absolutamente falso na maioria das mais brandas. A prova disso é que a psicoterapia é tão eficaz quanto a medicação para depressões mais leves, e nenhuma leva grande vantagem sobre o placebo. Milhões de pessoas tomam remédios de que não precisam para um diagnóstico de TDM que não têm de fato, sob a falsa hipótese do desequilíbrio químico.³⁰⁻³²

Deixei a questão mais delicada para o final. Suponhamos que tivéssemos elevado apropriadamente os limiares do transtorno depressivo maior de forma que ele fizesse jus ao nome e não mais englobasse de maneira exagerada as dores e os sofrimentos da vida cotidiana. Será que esse retorno a um diagnóstico mais são e estreito de TDM teria resultado em hábitos prescritivos mais sãos, interrompendo as vendas excessivas de Prozac, Zoloft, Paxil, Celexa e afins? Ou será que 11% da população dos Estados Unidos continuaria usando antidepressivos, havendo ou não uma clara indicação diagnóstica para eles? Qual foi a relevância do diagnóstico excessivo de depressão no apoio à onda de sobretratamento com esses fármacos?

Não há como saber ao certo. O *DSM-IV*, sem dúvida, legitima a fácil disponibilidade de antidepressivos ao fomentar o diagnóstico de depressão. No entanto, há um precedente histórico recente que ilustra como a prescrição

promíscua pode ocorrer mesmo sem um diagnóstico específico. Os fármacos ansiolíticos Valium e Librium dominaram as décadas de 1970 e 1980 com um poder quase tão impressionante quanto o dos antidepressivos atuais – e sem um diagnóstico-alvo claro. Pode ser que o público norte-americano, sob os auspícios de fabricantes de remédios movidos pelo lucro e de médicos descuidados, engula um comprimido ou outro independentemente do que o *DSM* diga.

Há outro precedente histórico – um bem mais antigo, que remonta à era dos xamãs. A sabedoria milenar ensina que, sempre que alguém se sente mal, deseja tomar algo para ficar melhor. O homem mumificado de cinco mil anos, maravilhosamente preservado no gelo dos Alpes, carregava sua pequena bolsa de medicamento vegetal – o Prozac de então. Como vimos, os remédios tomados para a maior parte das doenças desde tempos imemoriais representaram um auxílio específico muito pequeno na maioria das vezes, sendo em geral completamente inócuos, em muitos casos diretamente prejudiciais, e até venenosos. No entanto, xamãs, sacerdotes e médicos os prescreviam, e os pacientes diligentemente os usavam e pareciam se beneficiar. A mágica da medicação consegue sobreviver a sua ineficácia e seu potencial danoso. A popularidade do placebo parece estar embutida em nosso DNA.

Meu purismo médico rebela-se contra a ideia de que milhões de pessoas estão usando medicamentos caros, potencialmente nocivos e em que são, em grande parte, placebo para uma “enfermidade” endossada pela psiquiatria e promovida pelos fabricantes de remédios, que na verdade não passa de um desconforto ou problema existencial esperado, inevitável na vida como a conhecemos. Para uma percentagem significativa de indivíduos com sintomas leves ou transitórios, os ISRS não são mais que placebos muito caros e potencialmente nocivos. Há formas melhores de lidar com a tristeza. Deveríamos ter mais fé nos extraordinários poderes curativos do tempo, na resiliência natural, nos exercícios, no apoio da família e da sociedade e na psicoterapia – e muito menos fé automática no desequilíbrio químico e nos comprimidos. Há boas notícias no *DSM-5* quanto a essa questão. Sob grande pressão externa, o *DSM-5* torna mais fácil abandonar o diagnóstico de TDM quando a tristeza é uma reação compreensível à perda ou ao estresse.

É claro que nada disso se aplica quando a depressão é persistente ou mais grave. É uma lástima e uma tragédia que um terço das pessoas com TDM severo e incapacitante não receba tratamento algum. Os remédios

teriam um enorme valor nessas situações em que são tão necessários, mas em vez disso têm sido vendidos de maneira excessiva em situações em que não o são. Eu gostaria muito mais de uma psiquiatria que fizesse o que sabe fazer bem, cuidando dos verdadeiros enfermos que precisam de nossa ajuda e que podem se beneficiar dela – sem desperdiçar tempo, dinheiro e esforço transformando o normal em transtorno mental.

TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO: DIFÍCIL DE ACERTAR

De todos os vários distúrbios do *DSM-IV*, o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) é paradoxalmente um dos mais subdiagnosticados e também um dos mais sobrediagnosticados. Erros em ambas as direções são comuns e fáceis de cometer; sei bem disso porque os cometi das duas formas. O TEPT passa despercebido quando se suportam os sintomas de maneira estoica e silenciosa. E é sobrediagnosticado quando serve de alavanca para o ganho financeiro.

É provável que o TEPT esteja entre nós desde o nascimento da humanidade. Nossos ancestrais eram criaturas lentas e frágeis, expostas e terrivelmente vulneráveis. A vida estava sempre em risco, propensa a ser “sórdida, brutal e curta”. A morte espreitava em todo lugar – imprevisível, súbita e muitas vezes violenta. A reação humana ao trauma é um grande equalizador – independentemente de todas as diferenças de personalidade e experiência de vida, todos nós temos o mesmo conjunto de sintomas notavelmente uniformes e estereotípicos em resposta ao estresse que ameaça a vida. Revivemos o momento inúmeras vezes de modo profundamente emocional. Imagens, lembranças ou *flashbacks* o trazem de volta à vida, invadindo-nos de forma incessante ao longo do dia e com sonhos amedrontadores à noite. Qualquer coisa similar ao evento inspira evasão e terror. Todo rosto masculino estranho lembra o estuprador. Um motor de carro estourando lembra a sensação de estar na linha de tiro dos rifles. Dirigir parece impossível após um grave acidente automobilístico porque o motorista visualiza a todo momento o desastre a ponto de acontecer outra vez. Esse conjunto de reações deve ter tido um enorme valor de sobrevivência – fornecendo um exemplo prático absolutamente indelével sobre a importância de se evitarem perigos semelhantes no futuro. Era a

última palavra em uma poderosa aprendizagem contígua: nossos ancestrais tinham de aprender rápido e bem, já que os predadores não costumam dar uma segunda chance.

Quase todo mundo tem ao menos alguma imagem intrusiva e reação emocional a sugestões após um evento chocante – faz parte da condição humana e até pouco tempo atrás não era definido como doença. Para a maioria, as imagens se tornam gradualmente menos intrusivas, e os gatilhos, menos amedrontadores. O transtorno mental TEPT deveria ser diagnosticado apenas quando os sintomas persistissem e causassem uma invalidez significativa. Na extremidade severa, pode se tornar crônico e incapacitante. A vida fica repleta de lembranças perturbadoras e gatilhos assustadores. Parece vazia, estagnada, monótona e sem sentido. O índice de suicídios é alto.

O que determina se a reação é transitória o bastante para ser considerada normal ou devastadora o suficiente para ser um transtorno mental? Isso está muito ligado à natureza e à duração do trauma. O TEPT é mais provável quanto mais terrível e duradouro o estresse, quanto mais intensa e íntima a exposição, quanto mais indefesa a vítima se sente. Um baleado corre mais risco que quem presencia o tiro, e presenciá-lo é mais arriscado do que apenas ouvi-lo a distância. Horrores infligidos intencionalmente a seres humanos – tortura, estupro e agressão – tendem a gerar sintomas mais graves do que acidentes ou catástrofes naturais. O curso também depende da pessoa e do contexto. Pessoas que sofreram mais problemas emocionais antes do trauma estão mais propensas a ter reações piores e mais prolongadas. E os traumas se acumulam: quanto mais experiências, maior o risco de TEPT. Família, trabalho, grupos de apoio e tratamento curam; álcool e substâncias tóxicas pioram muito as coisas.

Embora o TEPT seja simples e absolutamente característico no papel, sua avaliação exata na vida real muitas vezes é difícil ou impossível. A primeira parte da definição – descrever a natureza do estresse traumático – é fácil. Tem de ser absolutamente aterradora, muito além dos problemas esperados que assolam a vida cotidiana. Estupro, agressão, um acidente de carro com perda total, desastre natural, tortura, guerra, morte violenta ou lesão de um ente querido, tudo isso se enquadra. Desastres não violentos – divórcio, perda do emprego, crise financeira, decepção amorosa – não causam TEPT.

Mas depois as coisas se complicam. O diagnóstico do transtorno é impreciso por ser baseado exclusivamente em autodescrições – não há teste

de laboratório ou medida objetiva. Existe uma dificuldade inerente em descrever a própria reação a um evento arrasador de forma acurada. Muitos e complexos fatores psicológicos e contextuais podem levar a pessoa, de maneira consciente ou não, a amenizar ou exagerar os sintomas. Não é de se surpreender que os índices de TEPT em veteranos que retornam da guerra variem de modo tão drástico – de uma pequena percentagem até elevados 20% – dependendo de como o diagnóstico é feito e de que país é investigado, mesmo que as tropas tenham passado por experiências semelhantes.³³

A subnotificação ajuda a reduzir o medo e a dor no curto prazo, mas a um preço alto no longo. É da própria natureza do TEPT que aqueles que sofrem dele tentem evitar lembranças. Quem quer ficar descrevendo e revivendo o pior momento de sua vida? Alguns temem que falar dos sintomas os faça piorar ou os leve a um colapso. Alguns estão deprimidos demais para falar sobre a dor. E alguns deixam de buscar ajuda por machismo, em especial militares que preferem encarar sintomas debilitantes a admitir algo que veem como uma fraqueza.

O sobrediagnóstico também é fácil. Todo mundo apresenta alguns sintomas de TEPT após enfrentar uma experiência horrível, mas em geral eles se extinguem sem causar dificuldades prolongadas ou clinicamente significativas. Os sintomas têm mais chance de persistir e ser interpretados em seu pior aspecto se estiverem relacionados a um ganho financeiro considerável. Todos os outros problemas emocionais, tanto preexistentes como subsequentes, podem ser incorporados à experiência do transtorno. Ser um paciente pode se tornar uma forma de viver e uma razão para quem está enfrentando dificuldade por outros motivos. Do lado militar, o TEPT é incentivado porque o diagnóstico qualifica a pessoa a benefícios por invalidez e de saúde que de outro modo não seriam disponibilizados. Na vida civil, o contexto mais frequente de sobrediagnóstico é a determinação de pagamento por acidente de trabalho ou de indenizações em ações judiciais. Não é necessariamente uma questão de manipulação consciente (embora o fingimento, decerto, exista); os sintomas apenas tendem a acirrar mais consequências quando há dinheiro em jogo.³⁴

O TEPT é um modismo que não foi muito instigado pelas companhias farmacêuticas. Elas evitam divulgá-lo porque os medicamentos não são muito eficazes e elas temem o risco de publicidade negativa quando algo não dá certo com pacientes de tamanha visibilidade.

A REVOLUÇÃO SEXUAL

O sexo sempre foi sensual para o mundo como um todo, mas um tanto chato para a psiquiatria. A área ostenta apenas um número pequeno de especialistas, não atrai quase nenhum financiamento de pesquisa, tem uma literatura profissional escassa e é uma parte ínfima da maioria das clínicas. Tive uma exposição maior que a usual em meu trabalho como chefe da clínica ambulatorial do Hospital Cornell-New York durante os anos 1980 e 1990. Uma das estrelas de nossa faculdade era Helen Singer Kaplan, uma glamourosa pioneira da área. Por que pioneira? Foi ela quem priorizou a ideia de que transtornos sexuais devem refletir problemas ocorridos em cada estágio do ato sexual: desejo, excitação e orgasmo. Helen foi a maior responsável por moldar os transtornos sexuais do *DSM-III*, e sua influência é duradoura porque tal seção permaneceu estável ao longo das edições subsequentes.³⁵

Por que glamourosa? Helen tinha estilo pessoal, mas, além disso, tinha uma postura ativa em relação à terapia sexual que parecia chocantemente direta, mas é provável que fosse muito eficiente. Em sua prática privada, fazia uso de uma equipe de “suplentes sexuais” – terapeutas assistentes estonteantemente belas e sexualmente sábias, que ensinavam o caminho das pedras aos pacientes masculinos de Helen e que eram perfeitamente capazes de reacender o desejo debilitado de qualquer um. Helen afirmava que suas suplentes alcançavam resultados incríveis – e com certeza eu acredito que elas podiam fazer maravilhas. Outra de suas aliadas, a doutora Ruth Westheimer, encontrou a fama de modo completamente diferente, com um improvável estrelato na TV e no rádio. “Dra. Ruth” conquistou grande audiência como a velhinha que despejava cheia de alegria os detalhes explícitos dos atos sexuais mais íntimos, com um delicioso sotaque do Velho Mundo.

Para o *DSM-IV*, os transtornos sexuais representaram o remanso mais calmo da psiquiatria, nossa tarefa menos importante. Tivemos um grupo de trabalho que peneirou a limitada literatura, ofereceu muito poucas sugestões e não fez experimentos de campo. Foi um alívio ter ao menos uma seção do manual que exigisse tão pouco trabalho.

Foi a calma antes de uma inesperada tempestade. Vários anos após o *DSM-IV* ser publicado, os transtornos sexuais extrapolaram o limite de suas tediosas páginas para se transformar num extraordinário sucesso de

marketing. O Viagra mudou o mundo, tornando-se um dos fármacos mais vendidos de todos os tempos e fazendo de um obscuro distúrbio sexual uma onipresente questão de estilo de vida. Ele não poderia ter alcançado tamanha fama e fortuna sem primeiro convencer o planeta de que a “disfunção erétil” (também chamada impotência sexual nos anúncios televisivos e impressos) era um problema generalizado que podia ocorrer mesmo nos aparentemente durões.

O primeiro passo foi persuadir os mais velhos a se abrir e reconhecer sua impotência. Uma campanha publicitária brilhantemente arquitetada conseguiu comprar os serviços do chamariz perfeito. Bob Dole, na ressaca da derrota para o muito mais jovem (e obviamente muito mais viril) Bill Clinton nas eleições presidenciais de 1996, deu início a uma segunda e mais lucrativa carreira como garoto-propaganda do Viagra e paladino do rejuvenescimento do sexo geriátrico. A ideia era mostrar que o remédio proporcionava uma fonte da juventude capaz de aumentar a virilidade e a vitalidade, mesmo de sujeitos velhos demais para serem presidentes. E se alguém tão famoso quanto o bom e velho Bob tinha coragem de ir à TV e admitir ser impotente, por que não levar o problema à privacidade do consultório médico? A mensagem: você deve a si mesmo e à sua amada ser tudo o que pode ser. Com a chegada do Viagra, os setenta se tornariam os novos quarenta.

Mas por que se contentar com a parcela geriátrica, e seu mercado necessariamente limitado, quando há tanto produto para vender e tão pouco tempo? Logo ninguém podia se esconder do longo alcance da impotência, em qualquer idade que fosse; nenhum quarto estava a salvo de suas assustadoras garras. Ela estava em todo lugar, mostrada o tempo todo em todos os veículos de comunicação.

O marketing da impotência requeria que seu limiar fosse empurrado ainda mais para baixo. Ela costumava ser um problema médico que se aplicava somente a uma pequena população de acometidos com flacidez bem atestada. Em pouco tempo o Viagra se tornou um estimulante sexual geral. Se podia ressuscitar os mortos, imagine o que podia fazer pelos vivos. Comprimidos para ereção passaram de tratamento médico a realçador de desempenho e seguro contra falhas eventuais. Afinal, um homem sábio está sempre armado e carregado até os dentes. A impotência ultrapassou o estreito confinamento da psiquiatria e da medicina. Era mais do que outra “epidemia”; era uma opção de estilo de vida que todo casal deveria considerar. O Viagra entrou

em ação para fazer do homem da casa verdadeiramente um homem pleno. O comércio da impotência foi um sucesso absoluto.

Bem, quase absoluto. Até aí a história da disfunção sexual havia praticamente ignorado metade da raça humana, o que não combina com a área financeira dos fabricantes de remédios ou seus gênios do marketing. Sem dúvida, as mulheres fizeram sua adorável aparição em alguns anúncios de Viagra, transpirando a incrível satisfação proporcionada pela relação com um homem que usa o fármaco. No entanto, elas eram decididamente a parceira e o troféu, não o alvo principal da campanha. Isso era inaceitável para a dignidade (e a ganância) da máquina industrial farmacêutica. Com certeza, as mulheres também têm disfunções sexuais. Estão descritas bem ali em preto e branco no *DSM-IV*. Se elas têm o sofrimento, vamos tratar de vender o medicamento.

Havia um pequeno problema: não existia evidência real de que o Viagra fizesse efeito em mulheres. Os outros produtos empurrados (por exemplo, adesivos de testosterona) também não eram tão eficazes e tinham efeitos colaterais problemáticos. Mas tudo bem, vamos criar o transtorno e os clientes virão. Essa fábula do marketing é bem explicitada por Ray Moynihan em seu bem-pesquisado livro que tem o maravilhoso título *Sex, Lies, and Pharmaceuticals* [Sexo, mentiras e fármacos]. A trama consistia em redefinir defeitos esperados na sexualidade feminina normal como uma quase onipresente “disfunção sexual feminina” (DSF).³⁶

A melhor isca para o comércio da DSF foi o uso (na verdade, o mau uso) de um levantamento que perguntava às mulheres sobre sua experiência sexual. Foi amplamente divulgado, e aceito como fato estabelecido, que 43% delas tinham DSF. Esse resultado era notável – uma dádiva e um triunfo de marketing. Os antes obscuros transtornos sexuais do *DSM* estavam sendo inflados, transformando-se em algo que realmente transcendia a mera epidemia. A experiência sexual esperada de quase metade das mulheres havia sido reembalada como DSF.

Um sintoma isolado não faz diagnóstico. Fazer a uma mulher sete perguntas sobre sua vida sexual e concluir que ela tem uma doença se der alguma resposta afirmativa ou é ingenuidade ou é desonestidade intelectual. Descarta totalmente a importância de se determinar se há um conjunto de sintomas necessário e se eles causam desconforto suficiente para justificar atendimento clínico. Muitas mulheres que marcaram uma alternativa não estavam incomodadas por não terem uma vida sexual completamente

perfeita, nem se viam como portadoras de um problema médico. Nem toda mulher queria ou esperava ter um estilo de vida como em *Sex and the City*.

A revolução sexual no marketing farmacêutico é a ampliação mais escancarada de uma estreita indicação médica em um “tratamento” realçador de desempenho, cosmético e de estilo de vida. É também a mais evidente exibição da potência e da lucratividade da propaganda para vender atitudes, doenças e produtos. O *DSM-IV* não foi páreo para todo esse poder, facilmente deturpado ou jogado para escanteio. No turbilhão da tentativa de empurrar comprimidos também ficaram perdidas as psicoterapias sexual e relacional, que poderiam trazer benefícios duradouros, não apenas melhora sintomática real ou imaginária.

ESTUPRO É CRIME, NÃO TRANSTORNO MENTAL

Este é um conto edificante a respeito de brechas na lei, hesitações da Suprema Corte e vacilos do *DSM-IV* – todos combinando-se para violar a Constituição e dar um uso terrível à psiquiatria.

A história começa com uma louvável reforma judicial que não previu consequências temerárias. Há trinta anos, o movimento dos direitos civis ficou justificadamente preocupado com o fato de que negros recebiam penas mais longas do que brancos por cometerem crimes equivalentes. A resposta foi instaurar penas fixas para cada tipo de crime no lugar de permitir a antes indeterminada (e possivelmente deturpada) descrição judicial. A intenção era garantir a uniformidade, a previsibilidade e a justiça. Para manter constante (e assim não elevar os custos) o número de leitos prisionais, a pena fixa para cada crime foi estabelecida na média do que antes era um amplo raio. Para estupro, eram sete anos. Um brutal estuprador em série (que antes poderia receber 25 anos de um juiz desaprovador) agora tinha a pena limitada a meros sete anos. O resultado era previsível, mas não foi previsto. Reincidentes brutais usavam a liberdade prematura para cometer novos abusos, muitas vezes logo após serem soltos e das formas mais desprezíveis que se possa imaginar.

O subsequente ultraje público inspirou uma brecha na lei para manter os estupradores trancafiados. Vinte estados e o governo federal aprovaram leis contra “predadores sexuais violentos” (SVP, na sigla em inglês) que

permitiam a continuação do encarceramento psiquiátrico dos criminosos caso pudesse ser provado que eles tinham um transtorno mental. Ao fim da pena carcerária, o prisioneiro se tornaria um paciente mental, transferido involuntariamente a um “hospital” psiquiátrico que, na verdade, muito se assemelhava a uma prisão. Poucos dos SVPs enquadrados aceitavam um formato de “tratamento” que permitia que qualquer coisa que dissessem fosse usada contra eles em audiências posteriores. Mesmo entre os que concluem o “tratamento”, poucos chegam a ser libertados.

Do ponto de vista da segurança pública, essa política de vida atrás das grades era uma solução brilhante, um modo conveniente de evitar que estupradores possivelmente perigosos zanassem pelas ruas. Entretanto, há uma desvantagem que apresenta um rol diferente de perigos – os estatutos são um golpe certeiro no coração de proteções constitucionais contra a detenção preventiva e a dupla condenação, que foram conquistadas com muito suor. A sábia máxima jurídica diz que “maus casos fazem más leis”. Milhares de estupradores indesejados foram confinados pelos melhores motivos, mas pelos piores métodos, e criaram uma erosão sem volta de proteções constitucionais preciosas.

O que nos leva às hesitações da Suprema Corte. Em três decisões próximas e notavelmente ambíguas, ela apoiou a constitucionalidade desse conveniente depósito de SVPs – mas enfatizou que só é legal quando o estuprador sofre de um transtorno mental que o levou a cometer o ato. A Constituição norte-americana não permite a detenção preventiva para criminosos, não importa o quanto se tema que sejam perigosos, mas sim o tratamento involuntário de longo prazo para pacientes mentais. A aprovação da internação de SVPs pela Suprema Corte depende totalmente da capacidade presumida de se distinguirem indivíduos cuja periculosidade sexual advenha de uma doença, e não da criminalidade comum. Sem a presença do transtorno mental, o encarceramento forçado em um hospital-prisão psiquiátrico claramente representaria uma privação do devido processo legal e uma violação dos direitos civis. A Constituição Norte-Americana não permite transformar todos os detentos à beira da libertação em pacientes relutantes só porque tememos que eles ainda possam ser perigosos.

A constitucionalidade dos estatutos dos SVPs reside no fato de eles terem uma forma significativa de distinguir o infrator sexual com problemas mentais do criminoso simples. Depois de três chances, a Suprema Corte

recusou-se a fornecer diretrizes para a questão crítica sobre o que constitui um diagnóstico qualificador. Infelizmente, os estatutos estaduais também são vagos demais para serem úteis. Já a Associação Norte-Americana de Psiquiatria tem um posicionamento inequívoco. O estupro como transtorno mental foi levado em consideração nas últimas quatro revisões do *DSM* (*DSM-III*, *DSM-III-R*, *DSM-IV* e *DSM-5*) e definitivamente rejeitado por todas e também pelo relatório de uma força-tarefa especial. Estupro é crime, não transtorno mental.³⁷

Mas o que o sistema judicial faria com estupradores potencialmente perigosos que aguardavam a data de libertação? Foi aí que entrou o vacilo do *DSM-IV*. A pior redação de todo o manual está concentrada na seção de transtornos sexuais. Sem antecipar seu posterior mau uso em audiências de SVPs, nossa escolha de palavras foi imprecisa e não forneceu a proteção adequada contra o alargamento da definição de transtorno mental que incluiu o estupro. Avaliadores zelosos, mal informados e muito bem pagos empregados pelo governo cometeram erros graves ao interpretar a intenção do *DSM-IV*, e iniciaram a estranha prática de diagnosticar o ato do estupro em si como uma indicação da presença de um transtorno mental qualificador, que justificaria o encarceramento psiquiátrico. Os avaliadores ignoraram as muitas formas de intenção criminosa que motivam a violência sexual: perseguição insensível de uma oportunidade, desinibição causada por drogas, falta de controle dos impulsos, exercício de poder, vingança, lucro com o comércio sexual, pressão de outros membros da gangue, caos em tempos de guerra e assim por diante. Em vez disso, o estupro foi magicamente medicalizado, a serviço da conveniência da lei e da segurança pública, de modo a permitir a detenção preventiva e privar os estupradores de seus direitos civis.

Considerar o estupro um transtorno mental viola o bom senso e um precedente legal que o tempo consagrou. A violência sexual sempre foi tratada como crime, nunca como doença. Está na Bíblia, está no ainda mais antigo Código de Hamurabi e, a bem da verdade, está em qualquer código legal já escrito. As punições variaram. Na lei tribal, a vítima feminina é tratada como uma propriedade privada que perdeu algum valor após ser violentada. O estuprador, portanto, deve recompensar o pai, o marido ou outro proprietário. Sistemas posteriores, que respeitam mais as mulheres, tratam o estupro não apenas como uma questão de valor financeiro perdido, mas como um crime contra elas e o Estado. Nunca antes a violência sexual

obteve reconhecimento legal como enfermidade e nunca antes o encarceramento de estupradores foi psiquiátrico, em vez de penal.

Estupradores são sempre doentios, quase nunca doentes. Não deveriam poder usar um transtorno como desculpa legal, mas tampouco o estupro deveria ser uma desculpa legal para a hospitalização como paciente mental. Estupradores deveriam ser mantidos longe das ruas com longuíssimas sentenças, e não postos em internação psiquiátrica involuntária. Após terem cumprido a pena, deveriam ser soltos, como qualquer outro criminoso comum.

Minha preocupação não vem de qualquer tipo de compaixão por estupradores. Meu temor é que tratá-los com injustiça leve a uma degradação mais geral da Constituição, diminuindo o respeito pelos valores sagrados do devido processo legal e da proteção às liberdades civis. A assustadora experiência de outros países deveria inspirar cautela aos Estados Unidos. Em outros lugares, a psiquiatria sofreu um perigoso abuso do sistema penal com vistas a sufocar dissidências políticas, queixas econômicas ou diferenças individuais. Um sistema jurídico disposto a comprometer seus princípios constitucionais para lidar com estupradores inconvenientes pode no futuro alargá-lo ainda mais, de modo a usar a psiquiatria contra aqueles que têm objetivos políticos, crenças religiosas ou preferências sexuais inconvenientes.³⁸

Como apontou Robert Musil há setenta anos, “o anjo da medicina, se escutar os argumentos do advogado por muito tempo, muitas vezes esquece sua própria missão. Então recolhe as asas com um fragor e porta-se no tribunal como seu anjo de reserva da jurisprudência.”³⁹

A LIÇÃO

Mesmo que se faça a maioria das coisas corretamente ao se preparar um manual diagnóstico (e nós não fizemos um trabalho ruim no *DSM-IV*), não se podem controlar seu uso e seu mau uso após ele ser publicado e o gênio sair da lâmpada. Devemos assumir responsabilidade parcial pela epidemia de autismo, déficit de atenção e transtorno bipolar adulto. No entanto, epidemias são movidas por muitas outras forças poderosas e convergentes: a venda agressiva de diagnósticos pelos fabricantes de remédios, gurus

imprudentes, pacientes e médicos inocentes, grupos de defesa, a mídia, a internet e as redes sociais. Algumas influências inflacionárias são específicas: escolas estimulam o diagnóstico de autismo ou de TDA como qualificação para serviços extras; a Administração de Veteranos requer o de TEPT para conceder benefícios de saúde ou por invalidez. Outras são tendências gerais: a expectativa irrealista de tantas pessoas em nossa sociedade de que elas e seus filhos não apenas sejam como também se sintam perfeitos.

O *DSM-IV* teve uma participação especial na marcha contínua da inflação diagnóstica. A engrenagem principal foi o marketing dos fabricantes de remédios. Três anos após o manual ser publicado, os lobistas da indústria farmacêutica engendraram uma reviravolta sem precedentes nas regulamentações federais, de modo a permitir o anúncio direto aos consumidores. Foi a chave para o reino. Na década seguinte, as companhias triplicaram o gasto em marketing – vendendo a depressão, o TDAH, o transtorno bipolar, a fobia social e os transtornos sexuais com o mesmo entusiasmo com que a Coca-Cola vende refrigerantes. As propagandas eram em geral enganosas, mas devastadoramente eficazes. Os pacientes se autodiagnosticavam de forma equivocada e pediam ao médico a pílula mágica que corrigiria seu desequilíbrio químico. Os doutores os escutavam. Quem pedisse um medicamento visto em um anúncio tinha 17 vezes mais chances de sair do consultório com uma prescrição. A propaganda maciça pusera as empresas a cargo do diagnóstico. Na empolgação, duvido de que muitas pessoas verificassem as letras miúdas dos conjuntos de critérios do *DSM-IV* para assegurar que era uma boa opção. O manual perdera o controle do sistema – se é que um dia o tivemos. Não há defensores da normalidade, nada para evitar a penetração constante do diagnóstico. É uma luta injusta. Decerto, Humpty Dumpty não estava dando as cartas.

O *DSM-IV* em si não trouxe tanto prejuízo, mas é certo que não trouxemos tanto benefício (a não ser que nos deem o crédito dúbio de não piorar uma situação ruim). No papel, vencemos a maioria das batalhas para conter a difusão dos diagnósticos – mas sofremos uma terrível derrota na guerra contra as forças externas que determinaram como o manual seria utilizado. De fato, não sei se um *DSM-IV* revisado de maneira mais agressiva e mais deflator, com limiares marcadamente elevados, teria sido viável ou eficaz. Contudo, em retrospecto, sabendo o que sei agora, lamento não termos experimentado. É provável que não conseguíssemos deter a inflação

diagnóstica, mas eu me sentiria melhor se tivéssemos caído lutando, em vez de nos ater àquilo que se revelou uma aposta fracassada.

CAPÍTULO 6

MODISMOS DO FUTURO

A soberba precede a ruína.

PROVÉRBIOS 16:18

O *DSM-5*, FOI PUBLICADO EM 2013, – não foi um momento feliz para a história da psiquiatria e nem para mim, pessoalmente. Ele está arriscado a transformar a inflação diagnóstica em hiperinflação – barateando ainda mais a moeda do diagnóstico psiquiátrico e desencadeando uma onda de novas epidemias falsas.¹⁻² O equivalente econômico seria imprimir montes de novas cédulas quando os preços já estivessem aumentando a toda a velocidade. O *DSM-5* é um conto edificante de ambição exorbitante, má execução e um processo fechado. A boa notícia é que uma tentativa de reforma de última hora, instigada por uma nova equipe de liderança da Associação Norte-Americana de Psiquiatria, eliminou cerca de um terço das piores mudanças que teriam aberto ainda mais as comportas da inflação diagnóstica. A má notícia é que, apesar disso, os outros dois terços foram mantidos e aumentarão significativamente, em vez de corrigir, os problemas já existentes do sobrediagnóstico e do sobretratamento.³

AMBIÇÃO – ÍCARO VOA ALTO DEMAIS E CAI DO CÉU

Ao se preparar qualquer edição do *DSM*, é sábio optar pela extrema modéstia: fazer poucas promessas e depois trabalhar enlouquecidamente para superar as expectativas. O *DSM-5* fez o contrário: exagerou nas promessas e, depois, não satisfez aos padrões mínimos de desempenho.

Sua ambição excessiva por efetuar uma mudança de paradigma no diagnóstico psiquiátrico se expressava em três diferentes iniciativas. Primeiro, o objetivo irrealista de transformar o diagnóstico, baseando-o de algum modo nas excitantes descobertas da neurociência. Seria maravilhoso se fosse possível, mas a ideia fracassou pela óbvia razão de que ainda é uma ponte longe demais. A neurociência dará forma ao cotidiano do diagnóstico psiquiátrico apenas em seu ritmo lento e constante; não pode ser impulsionada antes da hora – e a hora decididamente ainda não chegou.

A segunda meta ambiciosa foi expandir a fronteira da psiquiatria clínica – copiando outras especialidades médicas na busca pelo admirável mundo novo da identificação precoce de doenças e do tratamento preventivo. A ironia, evidentemente, é que o rastreamento precoce excessivo já está sendo desacreditado por muitas das especialidades que serviram como exemplo para o manual.

A terceira ambição é a menos perigosa e mais atingível. A ideia é tornar o diagnóstico psiquiátrico mais preciso, quantificando os transtornos em números, em vez de simplesmente nomeá-los. Se bem feita, seria uma boa ideia – mas o *DSM-5* desenvolveu classificações dimensionais desnecessariamente complexas que jamais poderiam ser utilizadas na clínica.⁴⁻⁵

Ícaro chegou muito perto do sol, derreteu suas asas e caiu no mar. O *DSM-5* tentou alcançar três mudanças de paradigma impossíveis e ambiciosas, e fracassou em todas. O desordenado processo manchou de forma injusta a credibilidade da psiquiatria – o campo é muito melhor do que qualquer um imaginaria ao ver as bobagens do manual se desdobrarem. A tentativa de ser grande impediu o *DSM-5* de ser bom o bastante.⁶

A IMPORTÂNCIA DOS MÉTODOS

O *DSM-5* não foi preparado com um método em mente. Distraído com fantasias de criatividade, ignorou necessidades mundanas como eficiência, pontualidade, coerência e controle de qualidade. Criar um *DSM* não é conceitualmente difícil. A parte complicada é atentar para todos os detalhes organizacionais. Isso requer monitoramento constante dos grupos de trabalho para assegurar que estão seguindo o objetivo comum e gerando um produto

coerente. O princípio organizacional que deu coesão ao *DSM-III* e ao *DSM-III-R* foi a liderança onipresente de Bob Spitzer, que comandou cada grupo de trabalho, cuidou de cada detalhe e escreveu cada palavra. No *DSM-IV*, a cola foi um conjunto de procedimentos operacionais padrão. Todas as questões metodológicas foram expostas em detalhes bem antes de o trabalho começar. Havia critérios explícitos para a implementação de mudanças e um método centralizado para exame da literatura, reanálises de dados e experimentos de campo. Em contrapartida, o *DSM-5* foi um balaio de métodos desorganizados. Os grupos de trabalho foram instruídos a ser inovadores, mas não receberam ordens de partida claras que unissem as respectivas produções. Como era de se esperar, os grupos variaram amplamente nos métodos, na minuciosidade, na qualidade, na imparcialidade e na clareza de seus exames. Talvez o mais intrigante tenha sido a incapacidade de se planejar ou de cumprir os próprios prazos. A data original de publicação teve de ser adiada em dois anos. Mesmo com esse tempo adicional, houve uma correria insana no final – o *DSM-5* teve de cancelar a crucial etapa do controle de qualidade, já que o trabalho ficou tão atrasado que não sobrou tempo para completá-lo.

Existe um caminho muito melhor. A medicina baseada em evidências fez enormes avanços na especificação de como descobertas de pesquisas deveriam se traduzir na prática clínica. Os exames de literatura do *DSM-5* deveriam ter sido conduzidos por avaliadores independentes, que teriam tido a dupla vantagem do conhecimento especial em métodos baseados em evidências e da imparcialidade, sem propostas particulares a defender. Os membros dos grupos de trabalho são especialistas em seus diagnósticos, mas não no exame minucioso e imparcial da literatura e na análise de riscos e benefícios. Também não há desculpa possível para todos os prazos não cumpridos e para o cancelamento do fundamental controle de qualidade.

MUDAR OU NÃO MUDAR

A revolução da pesquisa psiquiátrica é animadora apenas do lado da ciência básica (a elucidação das funções cerebrais). No que tange ao progresso do diagnóstico e do tratamento clínicos, caímos inegavelmente em uma rotina sem fim. Não há um avanço real no diagnóstico desde o *DSM-III*, em 1980, ou no tratamento desde o início da década de 1990. O diagnóstico

psiquiátrico não carece de muita atualização, menos ainda de uma mudança de paradigma. Num cenário de estabilidade, um pragmatista se moverá com cuidado e passos curtos. Caso surja algo novo que acrescente um valor óbvio a um baixo risco, deve ser agarrado – mas não se deve mudar apenas para ser diferente.⁷

Brincar com o sistema diagnóstico pode levar a todo tipo de consequências indesejadas. Se não pudermos ter confiança no impacto do novo, é melhor não mudar o antigo. Mesmo checando tudo com o maior cuidado possível, não há como prever o futuro. A única aposta segura é que se algo pode dar errado, é provável que dê. A história recente do *DSM* nos ensina que qualquer mudança estará sujeita à má interpretação e ao mau uso inesperados sob a pressão dos fabricantes de remédios, dos serviços educacionais, das exigências das regras de invalidez e do sistema jurídico. Se houver uma brecha possível que incentive um ganho, alguém a atravessará. Tendo resistido à prova do tempo, o antigo testado e aprovado só deve ser alterado por uma boa causa.⁸

Além do risco, mudanças têm um preço considerável. O mais caro é a quebra da continuidade entre as descobertas passadas e a pesquisa futura. Como é possível interpretar as diferenças nos resultados de estudos do mesmo diagnóstico feitos antes e depois da mudança? Alterações arbitrárias são perturbadoras para clínicos, pacientes, professores, alunos e administradores. Tudo pareceria estar a favor da prudência. A princípio, a liderança do *DSM-5* tomou o rumo oposto: aparentemente valorizou a mudança apenas pela mudança, acompanhada de uma falta de interesse em entender por que as coisas eram como eram. A retórica por trás dessa posição radical era a necessidade de fazer o sistema diagnóstico refletir os rápidos avanços da ciência – uma enganosa fusão do súbito crescimento da ciência básica com a total estagnação da ciência clínica.⁹

TESTES DE CAMPO QUE NÃO PASSAM NO TESTE

Os experimentos do *DSM-IV* foram financiados pelo Instituto Nacional de Saúde Mental, após uma extensa revisão por pares de seu método e mérito científicos. Foi o experimento mais meticulosamente projetado e mais cuidadosamente realizado que já houve. E mesmo assim deixamos de prever

as epidemias de TDAH, autismo e transtorno bipolar. A Associação Norte-Americana de Psiquiatria não conseguiu atrair financiamento de pesquisa externo para os experimentos de campo do *DSM-5* e teve de colocar mais de 3 milhões de dólares do próprio bolso. O projeto do estudo foi criado a portas fechadas e nunca foi submetido à fundamental revisão por pares, que poderia ter corrigido suas óbvias falhas. Como consequência, os experimentos testaram a pergunta errada, da maneira errada, nos cenários errados e com um prazo irrealista. Os resultados são impossíveis de interpretar – um desperdício de tempo, dinheiro, esforço e talento.

O *DSM-5* fez a pergunta errada, concentrando-se exclusivamente na confiabilidade de suas novas propostas diagnósticas (se os psiquiatras podem concordar) e evitando completamente as questões muito mais importantes de utilidade prática: um novo diagnóstico auxiliará ou prejudicará os pacientes? Para isso, são necessários dados sobre taxas, exatidão, eficácia e segurança. Também é preciso ir além de amostras prontamente disponíveis, mas irrepresentativas, fornecidas por hospitais universitários e, em vez disso, estudar como os critérios operarão em cenários reais. Por razões que nunca entenderei, o *DSM-5* evitou fazer essas perguntas que realmente importavam.

Depois disso, tudo piorou. O projeto do experimento de campo era irrealizável e se prestou a uma confusão administrativa e a uma implementação desleixada. Ficou óbvio à primeira leitura que o cronograma fora absurdamente reduzido – o experimento levaria ao menos o dobro do tempo alocado. Quando enfim ele chegou mancando à atrasadíssima conclusão, os resultados produzidos foram um constrangimento. A confiabilidade dos diagnósticos testados estava muito aquém do que se havia obtido no passado e poderia ser obtido no presente se o projeto fosse conduzido de maneira competente. A contaminação da falta de confiabilidade manchou até mesmo velhos arrimos, como o transtorno depressivo maior, que haviam sobrevivido a centenas de testes anteriores conduzidos ao longo de quarenta anos.

O plano original incluía uma etapa de controle de qualidade. Se os diagnósticos mostrassem pouca confiabilidade no Estágio 1 (como muitos mostravam), o Estágio 2 (reescrever e retestar) os corrigiria. Mas o primeiro demorou tanto que não sobrou tempo para o segundo – se a data de publicação em 2013 fosse cumprida, como exigiam as projeções orçamentárias da Associação Norte-Americana de Psiquiatria para lucros de

publicação. Era a hora da verdade para o *DSM-5* – um teste de peso para sua integridade.¹⁰⁻¹¹

A APA foi reprovada – em vez de admitir que seus resultados de confiabilidade foram inaceitáveis e buscar as correções necessárias que satisfizessem aos padrões históricos, as traves foram deslocadas. Declarando por decreto que as expectativas anteriores haviam sido altas demais, o *DSM-5* anunciou que aceitaria acordos entre classificadores que às vezes eram pouco melhores do que dois macacos atirando dardos em um alvo diagnóstico. A essencial etapa de controle de qualidade do Estágio 2 foi sub-repticiamente cancelada, e um manual prematuro foi levado às pressas até a gráfica para movimentar as vendas e fazer a caixa registradora soar. Para mim, essa talvez tenha sido a decisão mais desalentadora em toda a decepcionante história do *DSM-5*. A APA não apenas estava sacrificando sua própria credibilidade, como também colocando a segurança dos pacientes em risco e contaminando injustamente todo o empreendimento da saúde mental.

SEGUINDO O DINHEIRO: LUCROS E PREJUÍZOS

A Associação Norte-Americana de Psiquiatria gastou exorbitantes 25 milhões de dólares no *DSM-5*. Não consigo imaginar para onde foi todo esse dinheiro. O *DSM-IV* custou apenas cerca 5 milhões, mais da metade dos quais veio de fundos de pesquisa externos. Mesmo que o produto do *DSM-5* fosse feito de ouro, 25 milhões seria uma quantia absurdamente desproporcional. A desorganização galopante do manual deve ter gerado um desperdício colossal.

A APA não pode se dar ao luxo de cometer esse tipo de excesso. Está em déficit, tem reservas abaixo do recomendado para uma organização sem fins lucrativos, está velozmente perdendo membros, tem cada vez menos participantes em seu encontro anual e não pode mais se valer de subsídios questionáveis da indústria dos remédios. A fonte de renda da publicação do *DSM* era sua última esperança de salvar o orçamento – forçando um cronograma de publicação que não podia ser combinado com um produto de qualidade.

Desde o início, a associação tratou o *DSM-5* mais como um ativo de publicação privado do que como um bem público. Primeiro fizeram acordos de confidencialidade para proteger a “propriedade intelectual”, depois uma proteção inadequadamente agressiva de marca registrada e copyright e, por fim, a pressa desconcertante para publicá-lo de forma prematura, pois era necessário preencher um buraco no orçamento. A APA tem um conflito de interesses impossível em seu papel duplo como fiduciária do sistema diagnóstico (um bem público) e beneficiária dos lucros de publicação. O interesse da instituição jamais deveria suplantá-lo do público – mas suplantou.

MODISMOS DO FUTURO

O *DSM-5* incluiu diversos modismos infalíveis do futuro. Todos têm sintomas que fazem parte da vida cotidiana, e é comum encontrá-los na população em geral. Nenhum tem uma definição precisa o suficiente para evitar que muita gente hoje considerada normal seja mal rotulada. Nenhum tem tratamento com eficácia comprovada. Todos provavelmente levarão a tratamentos e testes bastante supérfluos, às vezes até nocivos. Os efeitos agregados serão sobrediagnóstico, estigma desnecessário, sobretratamento, má alocação de recursos¹² e um impacto negativo na forma como nos vemos, como indivíduos e como sociedade.¹³

TRANSFORMANDO PIRRAÇA EM TRANSTORNO MENTAL

Psiquiatras infantis muitas vezes ousam ir aonde ninguém jamais foi – e as crianças acabam pagando o preço. Não param de inventar novas formas de sobrediagnosticar descontroladamente doenças psiquiátricas em seus pacientes. Já mencionei um estudo no qual se descobriu que 83% das crianças e jovens se encaixam em um diagnóstico de transtorno mental até os 21 anos. Agora os pesquisadores infantis levaram a estatística um passo adiante – introduzindo um diagnóstico do *DSM-5* que pode colocá-la ainda mais perto dos 100%. Chamada no início de transtorno do temperamento irregular, depois rebatizada com o trava-língua transtorno disruptivo da

desregulação do humor (TDDH), a ideia de transformar pirraça em transtorno mental é terrível, seja qual for o nome. Não deveríamos ter a ambição de rotular como transtorno todos os aspectos inconvenientes ou desconfortáveis da infância.

Os especialistas que trabalharam no *DSM-5* tiveram boa intenção. Reconhecendo o catastrófico erro diagnóstico do transtorno bipolar infantil, esperavam substituí-lo pelo TDDH, que não traz a mesma implicação de enfermidade vitalícia e está menos propenso a ser sobremedicado com fármacos que causam obesidade. Foi uma solução boba apenas na aparência. Os especialistas em infância deixaram passar um risco evidente. Em vez de simplesmente substituir a bipolaridade infantil, é provável que o TDDH se torne absurdamente superinclusivo, utilizado para descrever todo tipo de jovens que não precisem de diagnóstico algum ou precisem de um mais específico. As crianças têm diversas maneiras de reagir ao mundo e, com frequência, recorrem à pirraça como forma de comunicar raiva ou desconforto. Quase sempre, isso não é indicativo de um transtorno mental, mas representa um estágio do desenvolvimento, uma variante temperamental, uma reação ao estresse ou um sintoma de um ou mais transtornos mentais. Em geral, é melhor ignorar pirraças “corriqueiras”; as severas e persistentes podem necessitar de avaliação para se determinar a causa subjacente, mas as pirraças em si jamais deveriam receber o status de diagnóstico oficial isolado. Ao transformar um sintoma comum e inespecífico em transtorno, o TDDH corre o risco de aumentar o uso inadequado de antipsicóticos, e não diminuí-lo.

As evidências de pesquisa do TDDH são quase inexistentes, baseadas apenas em alguns anos de trabalho de um único grupo de pesquisadores.¹⁴ Nada se sabe a respeito de sua provável prevalência na população geral de crianças, se ele pode ser distinguido de pirraças normais, sua relação com todos os outros numerosos transtornos que se manifestam por explosões de raiva, sua evolução, o tratamento preferível e o equilíbrio entre a resposta ao tratamento e os efeitos adversos.

Os critérios de diagnóstico do TDDH foram evocados praticamente do nada e não são, nem de longe, restritivos o bastante. Ao tentar resgatar jovens hoje mal diagnosticados como bipolares, sem dúvida ele abrirá as portas para o mau diagnóstico daqueles que são normais e estão passando por uma fase ou que são normalmente temperamentais. Não existe uma linha divisória entre a pirraça normal e a anormal. E há uma enorme variabilidade

no que se considera apropriado em cada família, subcultura e período do desenvolvimento. As birras são tão comuns precisamente porque tiveram um grande valor de sobrevivência – a seleção natural favorece quem chora, dando-lhe mais de mamar. Filhotes de chimpanzé dominam os pais da mesmíssima forma.

O TDDH será diagnosticado de maneiras muito variadas, dependendo da tolerância do clínico, da família, da escola e do grupo de pares. Os “estresses” que desencadearem os episódios podem ser mínimos em alguns casos, mas ser consideravelmente provocativos e causar ataques temperamentais prontamente compreensíveis em outros. Brigas de família poderão ser traduzidas como psicopatologia individual. No calor da batalha, sem dúvida se esquecerá de que a maioria dos jovens vai superar seus problemas de temperamento, sejam de desenvolvimento ou situacionais, e de modo gradual adquirirão autocontrole e melhores formas de ter suas necessidades satisfeitas. Minha experiência diz que esse diagnóstico improvisado pode muito bem se tornar popular e se espalhar até as crianças normais, que ficariam muito melhor sem ele.

Antipsicóticos atípicos podem ser úteis para reduzir algumas formas de explosão temperamental. No entanto, seus efeitos benéficos para a minoria devem ser contrabalançados com seus enormes perigos para a maioria, quando usados de maneira inadequada. Mesmo em jovens com distúrbios severos, existem sérias questões clínicas e éticas, mas a medicação pode ser necessária em circunstâncias de extrema exigência. Naqueles que apresentam rompantes ligados ao desenvolvimento ou situacionais perturbadores (porém essencialmente normais) ou são irritáveis por outras razões (por exemplo, uso de substâncias, TDAH), os antipsicóticos são uma escolha desastrosa. O TDDH pode se revelar a epidemia mais perigosa causada pelo *DSM-5*.¹⁵ O mais sensato teria sido enfrentar a bipolaridade infantil diretamente com um aviso em negrito contra ela no *DSM-5* e levar a cabo uma campanha de reeducação de médicos, pais e professores, antes doutrinados pelo frisson farmacêutico. Combater fogo com fogo às vezes provoca um incêndio.

OS LAPSOS DE MEMÓRIA DO ENVELHECIMENTO NORMAL
TORNAM-SE DOENÇA

Minha esposa, Donna, e eu costumamos brincar que estamos numa corrida para o abismo para ver quem vai ficar demente primeiro – quem perder será o cuidador. O problema é que a piada não é tão engraçada e está ficando cada vez menos à medida que nos aproximamos da linha de chegada. Toda hora esquecemos onde colocamos chaves, carteiras, óculos, correspondências, livros, papéis, computadores, celulares, roupas, números de telefone, o que for, e em geral culpamos um ao outro por tirá-los do lugar, por brincadeira ou maldade. Esquecemos compromissos, aniversários, filmes vistos na noite anterior, notícias que acabamos de ler, onde estacionamos o carro e outros eventos recentes da vida. Frequentemente me perco no mundo exterior; ela, às vezes, se atordoia a alguns quarteirões de casa. Nós dois somos péssimos para lembrar o nome das pessoas, mas Donna ao menos ainda é boa fisionomista.

Parece muito ruim, e acho que é mesmo. Há alguns consolos. Donna consegue pagar as contas e os impostos, marcar as viagens, organizar a casa, revisar este livro e ser a pessoa mais bem-informada e inteligente que conheço. Eu ainda consigo escrever blogues e livros, palestrar e trazer ao leitor os detalhes sobre a Guerra do Peloponeso. O que é mais reconfortante é que todas as pessoas de nossa faixa etária que conhecemos têm histórias tristes muito parecidas. Nenhum de nós enxerga tão bem, ouve com tanta clareza, mastiga com tanta eficiência, tem um sono tão profundo, corre tão rápido, faz tantas flexões, sobe tantos degraus ou retém tanta urina quanto na época em que éramos mais jovens e fortes. Essa decadência física da idade não é definida como doença porque é esperada e inevitável.

Em contrapartida, perder uma etapa mental é agora, segundo o *DSM-5*, uma doença psiquiátrica chamada transtorno neurocognitivo leve (TNL). Tal diagnóstico visa a incluir pessoas que ainda não têm demência, mas que apresentam sinais de declínio mental que podem indicar o risco de desenvolvê-la mais tarde. Eu defenderia o TNL com todo o coração se existisse um tratamento para ele ou se ele fosse uma forma realmente boa de prever o futuro. Porém, não há tratamento, e o poder preditivo é escasso. Se eu desse o diagnóstico a mim mesmo, não saberia o que fazer com ele. Aceitar o envelhecimento mental faz mais sentido do que diagnosticá-lo, até descobrirmos um teste biológico acurado ou um tratamento eficaz. Donna e eu ainda não nos encaixaríamos nos critérios propostos para o TNL, mas meu palpite é que as minúcias de seu conjunto de critérios serão ignoradas na prática geral, e o diagnóstico será aplicado de modo muito vago. O TNL

não será específico àqueles que experimentam sintomas precoces de demência, mas logo se ampliará inadequadamente e medicalizará o declínio mental gradativo do envelhecimento normal.

Essa não é a intenção. Seu objetivo é identificar quem corre risco de mal de Alzheimer antes que se desenvolva o quadro geral da demência – na esperança de que o diagnóstico precoce leve à intervenção precoce, antes que o estrago esteja feito. O Alzheimer provavelmente leva décadas para evoluir. Os especialistas estão empolgados com a perspectiva de serem preventivamente proativos. Um dia, eles esperam que o amiloide possa ser um marcador inicial do Alzheimer, em analogia ao colesterol com relação aos problemas cardíacos. A identificação e o tratamento precoces poderiam prevenir os efeitos mais devastadores da enfermidade.

Rápidos avanços estão sendo feitos, com novos e poderosos métodos que nos deixam mais próximos de compreender causas e mecanismos.¹⁶ É animador estarmos alcançando a precisão na tomografia por emissão de pósitrons (PET) e na punção lombar como marcadores do Alzheimer, mas é provável que demore ao menos cinco anos para desenvolvermos um teste acurado o bastante em que confiar. Quando isso acontecer, o TNL fará sentido como um novo diagnóstico, mas não antes. Não vamos queimar a largada, prosseguindo com a falsa crença de que um grande salto de qualidade diagnóstico já foi dado e que é possível fazer o mesmo em relação ao tratamento no futuro próximo. Sem um teste de laboratório, o diagnóstico de TNL será totalmente impreciso, englobando muitos pacientes que não estão rumando para a demência. E a que propósito serve revelar os estágios iniciais de uma doença sombria para a qual não existe tratamento significativo?¹⁷ Saber que se está em risco (apenas possível) de desenvolver Alzheimer no futuro traria pouco ou nenhum benefício – mas traria preocupação, testes, tratamentos, gastos, estigma e questões de seguro e invalidez desnecessários.

Também não devemos supervalorizar as perspectivas de um salto de qualidade imediato no tratamento. Aprender mais acerca dos mecanismos do Alzheimer pode levar rapidamente a uma cura ou uma prevenção racionais – contudo, é mais provável que não. A experiência geral da medicina nas últimas três décadas diz que não é muito frequente uma explosão exponencial de conhecimento sobre uma doença resultar em uma miraculosa cura imediata. A falta de êxito no desenvolvimento de remédios para o Alzheimer não inspira confiança.¹⁸ Os fármacos disponíveis – embora tenham sido

altamente lucrativos para os fabricantes – têm pouca, se alguma, eficácia para os pacientes. Tentativas de desenvolver uma nova geração de drogas eficazes fracassaram, apesar do considerável investimento em pesquisa. Não parece haver frutos nos galhos mais baixos.

Os especialistas em Alzheimer têm um entusiasmo natural por empurrar os limites em direção ao diagnóstico precoce. O ritmo vagaroso do desenvolvimento de ferramentas de diagnóstico e tratamento é frustrante para todos os envolvidos. A maioria de nós esperava que, a essa altura, já houvesse testes laboratoriais bem estabelecidos e está muito decepcionada com o fiasco da descoberta de medicamentos. O TNL é oferecido na esperança de reanimar a área, dando destaque ao potencial da identificação precoce. Mas isso definitivamente é pôr a carruagem na frente dos bois. Novos diagnósticos que tenham grande influência na maneira como vivemos e como o governo gastará recursos limitados para a assistência de saúde devem seguir uma ciência bem-estabelecida e um debate de política pública inclusiva – e não conduzi-los.

Os especialistas que sugerem o TNL agem com a boa-fé ingênua de que a expansão da área será boa para os pacientes. Estão cegos para os riscos de falso-positivos e para os custos sociais, não devido a conflitos de interesses, mas porque não foram treinados para pensar nesses termos. Porém, tamanha boa-vontade não motiva as corporações que comercializam os medicamentos e os testes diagnósticos. Se o TNL se tornar oficial, haverá uma explosão de testes de PET e punção lombar e de tratamentos medicamentosos provavelmente inúteis e potencialmente nocivos. O complexo médico-industrial vai se fartar.¹⁹ Apenas ele se beneficiará, e não os pacientes ou os contribuintes.

A GULA VIRA UM TRANSTORNO MENTAL

Eu me encaixo nos critérios de transtorno da compulsão alimentar (TCA), quase desde que me entendo por gente. Começou nos primeiros anos da adolescência. Idas furtivas à despensa superabastecida e à protuberante geladeira de minha mãe levavam a solitárias comilanças noturnas de proporções épicas. Na faculdade, eu praticava luta com 80 quilos, mas após a luta comia sem parar durante dois dias, chegando aos 86 na segunda-feira –

depois tinha de passar fome e me desidratar para estar de volta aos 80 no sábado seguinte. Sempre fui o terror das filas de bufê e dos restaurantes de preço fixo. Nunca passei mais de uma semana sem um banquete monstruoso. A única forma de manter elegantes 10 quilos acima do peso é evitar todos os cafés da manhã e almoços e me exercitar várias horas por dia. Serei apenas um glutão comum com terríveis hábitos alimentares e péssimo autocontrole ou um paciente mental descrito pelo *DSM-5* como portador de transtorno da compulsão alimentar?

Certamente, não estou sozinho. O TCA seria um diagnóstico de limiar muito baixo. Basta uma comilança por semana durante apenas três meses e estamos enquadrados nesse suposto problema mental. A estimativa inicial é que o transtorno pegaria de 3% a 5% da população, mas estimativas iniciais sempre são baixas demais.²⁰ Espere até o público e os médicos serem “educados” pelo patrocínio dos fabricantes de remédios, vendendo a ideia de que a gula (outrora um pecado) agora se tornou uma doença. Os índices podem saltar para 10% – acrescentando 20 milhões de falsos pacientes mentais apenas nos Estados Unidos.

Por que como em excesso? Por que qualquer um o faz? A natureza assim determinou. Nosso apetite é perfeitamente idealizado para escapar à fome, mas causa uma terrível vulnerabilidade ao banquete. Quando era difícil arranjar alimento, a melhor aposta para a sobrevivência era ser o maior comilão em torno da carniça. A disponibilidade de refrigeradores e de *fast-food* barato certamente fez da compulsão um enorme risco para a saúde – mas não vejo como isso possa fazer dela um transtorno mental.

O TCA vem sendo oferecido como a resposta psiquiátrica à epidemia de obesidade (a qual está, a passos largos, tomando o lugar do fumo como a ameaça mais mortal à saúde pública). Infelizmente, a psiquiatria não tem nenhuma resposta – nada de cura para a compulsão alimentar ou para a obesidade. Porém, ainda mais importante é o fato de que o TCA desvia a atenção daquilo que poderia trazer uma cura real para a epidemia de obesidade. Precisamos de uma mudança drástica na política pública. A sociedade está engordando demais não em decorrência de uma epidemia desse recém-criado transtorno mental, mas graças à infinita e sempre tentadora disponibilidade de *fast-food*, lanches e refrigerantes baratos, saborosos, convenientes, calóricos e horivelmente insalubres. Para piorar, incentivamos de forma perversa essa bomba-relógio da saúde pública com subsídios governamentais ao agronegócio. Durante centenas de milhares de

anos, até apenas três séculos atrás, era raro ou inexistente uma pessoa comum experimentar qualquer coisa doce. Então o açúcar entrou em nossas vidas, e agora a frutose, e estamos sendo engordados como gado.

O transtorno mental não está causando a epidemia de obesidade. Tratar um distúrbio falso não vai consertá-la. Não vai adiantar rotular como doentes psiquiátricos as vítimas de nossas estúpidas políticas públicas – é muito melhor alterar as políticas. Chega de subsídios à frutose. Chega de servir Coca-Cola e batatas fritas na merenda escolar. Chega de ruas sem calçada que desestimulam a caminhada. Vamos trazer a educação física de volta às escolas, adicionar a contagem de calorias a todos os menus, subsidiar as verduras, oferecer deduções de impostos e diminuir os prêmios de seguros para quem perder peso, instalar bicicletas grátis em estandes por todos os cantos das cidades. Em resumo, temos de fazer o que for necessário do ponto de vista da política pública para estimular a população a comer menos e se exercitar mais.

Rótulos psiquiátricos fajutos não adiantarão. O TCA traz a familiar combinação tríplice de diagnóstico impreciso, tratamento ineficiente e medicamentos com efeitos colaterais. Sua criação põe o foco no responsável errado – quem está doente não é o indivíduo, mas a política pública. Precisamos mudar nossa atitude em relação à comida e a exercícios com a mesma campanha educacional intensa que funcionou tão bem para conter o fumo.

O TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO COM HIPERATIVIDADE EM ADULTOS PODE SE TORNAR O NOVO DIAGNÓSTICO *DU JOUR*

Ileso à falsa “epidemia” de TDAH que já corre solta entre os jovens, o *DSM-5* armou o palco para a criação de uma nova onda do transtorno em adultos. Como de hábito, os especialistas se preocupam tanto com os casos ignorados que deixam de considerar o risco muito maior do sobrediagnóstico. Problemas de atenção e inquietude são inespecíficos e extremamente comuns entre adultos normais e naqueles que sofrem de qualquer outro transtorno mental. O caminho fácil para o TDAH adulto sugerido pelo manual dará um rótulo equivocado a muitas pessoas normais insatisfeitas com a própria capacidade de concentração e de realização de

tarefas, em especial quando estão enfadadas e não gostam do trabalho que fazem. Também diagnosticará mal aqueles cujo problema de concentração é, na verdade, causado por outro fator: por exemplo, abuso de substâncias, bipolaridade, depressão, todos os transtornos de ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo, distúrbios autísticos ou psicóticos e muitos outros. Ninguém deveria receber diagnóstico ou tratamento de TDAH adulto até tudo isso ser descartado como a causa primária – sob pena de um tratamento estimulante inadequado agravar os problemas psiquiátricos já existentes.²¹

O TDA adulto já é diagnosticado com demasiada facilidade. As dificuldades percebidas de atenção e concentração abundam, em especial entre os perfeccionistas e os que já passaram dos cinquenta anos. Os sintomas são predominantemente subjetivos, baseados em autopercepções falíveis de dificuldades de concentração e realização de tarefas. A diminuição do nível de requisitos pelo *DSM-5* arrastará muitos adultos que querem ficar mais afiados, mas que não têm problemas específicos ou sérios o bastante para se enquadrar em um transtorno mental. O falso TDAH adulto também será especialmente comum em universitários, em pessoas cujo emprego é muito exigente e naqueles que precisam lutar contra o sono, como caminhoneiros que percorrem longas distâncias.

Os estimulantes estão entre os medicamentos mais eficazes e seguros da psiquiatria quando ministrados sob supervisão adequada a um indivíduo diagnosticado com precisão. Entretanto, podem causar sérios efeitos colaterais e são especialmente nocivos quando tomados por alguém que tenha outro diagnóstico identificado erroneamente como TDAH (em especial, o uso de substâncias ou transtorno bipolar). O crescente uso de estimulantes como realçadores de desempenho ou como drogas recreativas também dá origem a um grande e ilegal mercado paralelo.²²

Com frequência, ouvi dizerem: “Por que se preocupar tanto com a sobreprescrição de estimulantes, já que são medicamentos relativamente seguros, úteis para a melhoria do funcionamento cognitivo mesmo naqueles que não têm TDAH evidente?” Isso é errado por razões tanto individuais como sociais. Devemos considerar o dano para pessoas com problemas psiquiátricos ou médicos agravados pelos estimulantes. Além disso, queremos estimular ainda mais o já desenfreado desvio ilegal de drogas prescritas para a venda nas ruas?²³ A distribuição mais ampla de estimulantes é um problema de saúde e política públicas, simplesmente importante demais para ter sido decidido como uma consequência

involuntária de decisões tomadas por um pequeno grupo de especialistas do *DSM-5*, concentrados em sua própria e estreita questão diagnóstica. Não tenho opinião formada quanto à interessante indagação sobre permitir ou não o uso de estimulantes para o aprimoramento do desempenho de pessoas normais que desejem melhorar seu funcionamento cognitivo e físico. No entanto, me oponho de forma veemente ao abaixamento dos critérios do TDAH adulto de maneira que indiretamente promova o falso uso “médico” desses fármacos por aqueles que não tenham um transtorno mental de fato.²⁴

Outros argumentam que uma sociedade cada vez mais exigente está expondo sintomas antes subclínicos de TDAH. À medida que os padrões de desempenho são alavancados e o estímulo externo se torna ininterrupto e gritante, indivíduos outrora bem-adaptados com TDAH leve podem agora atingir um nível clinicamente significativo de incapacitação que se qualifique como transtorno mental e requeira tratamento. Minha visão, mais uma vez, é que as dificuldades de satisfação das expectativas da sociedade não devem ser todas rotuladas como transtornos mentais. Trinta por cento dos universitários não podem ter desenvolvido TDAH de repente. Quando a Major League Baseball enfim controlou o uso de esteroides por meio de testes, houve uma súbita explosão do transtorno entre os jogadores – provavelmente desencadeada mais por um desejo de melhorar as médias de rebatidas do que por qualquer razão tradicional para o tratamento. Se nós, como sociedade, optarmos por ajudar as pessoas a aprimorar o desempenho para satisfazer a demandas (talvez excessivas), essa deve ser uma decisão transparente – e não velada sob auspícios médicos, tomada por prescrição e acentuada pelo marketing dos fabricantes de remédios.

Os critérios para um primeiro diagnóstico de TDAH em adultos deveriam ser mais, e não menos, rigorosos. Ao avaliarmos qualquer adulto, antes de mais nada temos de nos certificar de que todas as diversas causas psiquiátricas da desatenção sejam descartadas e de que os problemas sejam uma continuação dos sintomas do transtorno iniciados na infância. Qualquer aparição tardia de problemas de atenção é causada por outro fator, e não pelo TDAH. Vamos manter o *DSM* como um manual de transtornos mentais, sem transformá-lo em um veículo de aprimoramento do desempenho.

O LUTO É CONFUNDIDO COM MELANCOLIA

O *DSM-5* tornou mais fácil diagnosticar o transtorno depressivo maior (TDM) entre os enlutados, mesmo nas primeiras semanas que sucedem a perda. Foi uma decisão teimosamente equivocada em face da oposição universal de clínicos, associações profissionais e periódicos, imprensa e centenas de milhares de lutosos em todo o mundo. É comum apresentar sintomas exatamente iguais aos da depressão clínica como parte do processo normal do luto. Tristeza, falta de interesse, problemas para dormir e comer, redução de energia, dificuldades para trabalhar – é o quadro clássico e facilmente reconhecível do pesar. No entanto, esses mesmíssimos sintomas definem a depressão clínica. O TDM não precisa ser diagnosticado, a menos que o enlutado manifeste tendências suicidas, delírios, ou sofra de sintomas graves, duradouros e incapacitantes.

A psiquiatria deveria pisar com cuidado ao lidar com os ritmos básicos da vida. Mamíferos sentem luto. É o lado negativo e o preço necessário do traço quintessencial da classe: a ligação com os entes queridos. Iniciamos a vida necessitando da mãe não só pelo leite, mas também pelo amor. Nossa vida consiste em uma série de ligações e perdas. Então morremos e outros choram por nós. O homem não é o único animal social dotado de carinho e luto. Apenas fazemos o que os mamíferos fazem.

Medicalizar o luto reduz a dignidade da dor, provoca um curto-circuito no processamento existencial esperado da perda, diminui a confiança nos diversos rituais culturais bem-estabelecidos para consolar o sofrimento, e sujeita os enlutados a uma medicação desnecessária e potencialmente nociva. Não há um código uniforme para o luto correto. Culturas diferentes prescrevem uma ampla variedade de reações e rituais comportamentais e emocionais testados pelo tempo. Mesmo em uma determinada cultura, o conteúdo, os sintomas, a duração e a debilitação do luto variam enormemente entre os indivíduos normais, bem como a capacidade de buscar consolo e sustentação nos outros.

Não existe uma linha clara separando aqueles que sentem a perda à sua própria maneira, necessária e particular, daqueles que ficam presos a uma depressão a menos que recebam ajuda psiquiátrica especializada. Exceto quando a necessidade for clara, a psiquiatria não deve impor seus próprios rituais quando, em tantos casos, eles são desnecessários e deslocados. A medicalização do luto dá a mensagem errada ao “paciente” mal identificado e aos parentes vivos. Rotular equivocadamente o luto como transtorno mental reduz a dignidade da vida que se perdeu e da reação dos

sobreviventes à perda. Estaríamos colocando um ritual médico de lamentação, incompleto, superficial e despersonalizante, no lugar dos rituais fúnebres solenes e testados pelo tempo que se encontram no coração de todas as culturas. A maioria das pessoas se recuperará muito bem da perda, sem interferência médica e ingestão de pílulas.

Há uma preocupação legítima com a eventual ocorrência de depressão maior entre os enlutados. Quando este demonstra um comportamento suicida, psicótico, agitado ou debilitado, o diagnóstico de depressão é sem dúvida justificado, e o tratamento deve começar de imediato. Indivíduos com histórico de depressão correm alto risco de recorrência, devendo ser observados de modo expectante e tratados prontamente. No entanto, eles são a exceção. O luto faz parte da vida, e a maioria das pessoas o enfrenta melhor com o apoio familiar e cultural, sem diagnósticos e tratamentos psiquiátricos.²⁵⁻²⁹

TRANSFORMANDO NOSSAS PAIXÕES EM ADIÇÕES

Isso de fato aconteceu. Eu estava subindo uma ladeira, a cara enfiada no BlackBerry, o polegar disparando respostas a e-mails, guiado por minha esposa para evitar carros e obstáculos, tropeçando apenas ocasionalmente em raízes de árvores. Era um belíssimo dia ensolarado de outono, e a praia e o oceano que amo estariam claramente visíveis de todos os lados se eu me desse ao trabalho de erguer o olhar. Mas estou de cabeça baixa, completamente absorvido, totalmente alheio, cego a tudo além do teclado e da tela minúsculos. Um sujeito se aproxima em velocidade vindo da direção oposta, e nós quase nos chocamos. Logo me desculpo. Ele sorri, amistoso, e responde: “Não faz mal, eu entendo. Viciado no “CrackBerry”, não é?” Sorrio de volta encabulado e logo retomo a digitação.

Admito a culpa. Você sabe que foi flagrado e está seriamente viciado quando todos chamam seu celular de “crackberry”. Ao me verem de cabeça baixa absorto no aparelho, os outros se lembram de King Kong brincando com sua bela e diminuta companheira. E não quero entrar em intimidades aqui, mas acontece que minha esposa expressa ciúme e desgosto por ser obrigada a exercer um papel secundário em relação ao que chama de “minha amante”.

Será um transtorno mental ou apenas a ávida utilização de um aparelho notavelmente versátil? “Adição comportamental” ou “afecção motivada por BlackBerry”? Até hoje não passava de uma piada sem graça, mas agora é um problema seriíssimo, já que o *DSM-5* introduziu o conceito de “adições comportamentais”.³⁰ A princípio, apenas a jogatina patológica será enquadrada oficialmente como transtorno mental. Todavia, é preciso ficar de olho nas falsas epidemias de adição a navegar na internet,³¹ ir às compras,³² trabalhar,³³ fazer sexo, jogar golfe, correr,³⁴ bronzear-se,³⁵ praticar ferromodelismo, limpar a casa, cozinhar, jardinar, assistir a jogos na TV, surfar, comer chocolate³⁶ ou qualquer outra coisa que conquiste um interesse apaixonado ou a atenção da mídia. A lista é longa e pode se estender a todas as áreas de atividade popular, transformando escolhas de estilo de vida em transtornos mentais.

A razão de ser dessa proposta radical é que o comportamento compulsivo equivale ao uso compulsivo de substâncias e é gerado pelos mesmos centros de prazer cerebrais – uma ideia interessante para pesquisa, mas demasiado prematura para justificar uma enorme expansão do diagnóstico psiquiátrico.

O termo “adição” está sendo ampliado de forma a incluir qualquer interesse ou ligação apaixonados. Já foi usado estritamente para descrever a dependência física de uma substância tóxica ou de álcool – o indivíduo precisava consumir cada vez mais para sentir o efeito e tinha dolorosos sintomas de abstinência ao parar. Mais tarde, “adição” foi expandido para cobrir o uso compulsivo de substâncias. O adicto é aquele que se sente impelido a usar a droga, mesmo que já não faça sentido algum. A graça vai embora e há graves consequências negativas, mas ele é movido a continuar. Recentemente, o termo vem sendo aplicado de maneira vaga e incorreta a qualquer uso frequente de drogas – mesmo que por razões puramente recreativas, não ainda compulsivas. O *DSM-5* dá a esticada final ao sugerir que somos tão adictos a nossos comportamentos favoritos quanto um viciado em ópio.

O conceito de “adição comportamental” tem o defeito básico de insinuar que todos somos “adictos comportamentais”. A busca do prazer repetitivo faz parte da natureza humana e é demasiado comum para ser considerada um transtorno mental. Milhões de novos “pacientes” poderiam ser criados por decreto, medicalizando toda forma de interesses apaixonados e dando a desculpa do “papel de doente” pelo hedonismo impulsivo. Posso imaginar a legenda da charge da revista *New Yorker*: “Desculpe, amor, não resisti a (o

leitor preenche a lacuna). O médico disse que não é culpa minha: sou adicto.” A responsabilidade individual talvez não sobreviva ao choque.

Somos todos regidos por centros cerebrais de prazer de curto prazo que favorecem nossa sobrevivência imediata e a do DNA rumo à geração seguinte. Por isso é tão difícil controlar impulsos relacionados à comida e ao sexo, em especial quando o mundo moderno fornece oportunidades tão tentadoras para ambos. A evolução do cérebro teve forte influência do fato de que, até pouco tempo atrás, a maioria das pessoas não vivia muito tempo. Dado o aumento da expectativa de vida, o planejamento de longo prazo tornou-se a opção muito superior, mas os instintos não mudam com rapidez, e equilibrar ganhos de curto prazo com consequências de longo prazo simplesmente não é muito natural para a maioria de nós. Nossos sistemas de prazer ainda respondem ao mundo de nossos ancestrais e, muitas vezes, nos causam problemas no mundo atual.

A definição apropriada e estrita do termo “adição comportamental” o reservaria apenas àqueles que extrapolam esse sistema médio de prazer: repetem o comportamento inúmeras vezes, apesar até mesmo da falta de recompensa imediata e diante de punições extremamente negativas (crise financeira, perda da família, prisão). Essa razão tão negativa entre recompensa e risco não tem hoje (e nunca haveria de ter) nenhum valor de sobrevivência e poderia ser considerada com justiça um transtorno mental. A “adição comportamental” seria um conceito viável se pudesse ser contida nos limites dessa estreitíssima definição. Em vez disso, é uma ideia terrível, precisamente porque logo se espalharia muito além de seus limites apropriados. É muito difícil (ou impossível) distinguir a repetição compulsiva e desagradável da autocomplacência impulsiva.

A “adição” deveria ser reservada àqueles que se sentem impelidos a repetir o ato de modo indefinido, mesmo quando já perdeu a graça e o custo se tornou tão alto que nenhuma pessoa razoável o pagaria. Mas como diferenciar isso da busca do prazer? A “adição comportamental” sem dúvida se expandirá até se tornar a desculpa *du jour* para todos os comportamentos impulsivos que levem alguém a algum tipo de problema. Os 12 passos substituirão os rituais religiosos de confissão e expiação. Às vezes, aceitar a própria fraqueza diante da “adição comportamental” será o início de um sincero esforço de mudança, mas em muitos casos não será mais do que andar em círculos. Uma sociedade vibrante depende de cidadãos responsáveis que se sentem no controle de si mesmos e admitem as

consequências de seus atos – e não de um exército de “adictos comportamentais” necessitados de terapia para aprender a agir corretamente.

Tivemos uma discussão paralela sobre se a dependência de cafeína deveria ser incluída como categoria oficial no *DSM-IV*. A cafeína é tão viciante quanto a nicotina, pode causar intoxicação e provocar transtorno de ansiedade e problemas cardíacos. Nós a deixamos de fora por uma única razão. A dependência de cafeína é tão onipresente (e predominantemente inofensiva) que não parecia valer a pena fazer 60 milhões de pessoas acordarem todos os dias com a ideia de que seu prazer matinal é um transtorno. Restrição e cautela similares levariam à rejeição da categoria “adição comportamental”. O fato de que sua má aplicação seria tão generalizada supera qualquer benefício.

O candidato mais provável ao iminente status de modismo é a “adição à internet”. Todos os elementos para o alastramento do fogo estão presentes: a profusão de livros alarmistas, os incessantes artigos em revistas e jornais, a extensa exposição televisiva, os inúmeros blogues, o aparecimento de programas de tratamento não provados, a disponibilidade de milhões de pacientes em potencial e um exuberante alarde de recém-criados “gurus” na pesquisa e na clínica. O *DSM-5* demonstrou comedimento, relegando a adição à internet a um obscuro apêndice, em vez de legitimá-la como um diagnóstico psiquiátrico oficial. Mas aguardem até que ela ganhe fôlego mesmo sem o endosso do manual. Está certo que muitos de nós furtivamente checamos e-mails no cinema e no meio da noite, nos sentimos perdidos com uma separação temporária de nossos amigos eletrônicos e passamos cada minuto livre navegando, enviando mensagens ou jogando. Mas isso realmente nos qualifica como adictos? Não, em geral não. A menos que a ligação seja compulsiva e não tenha recompensa ou utilidade, interfira em nossa participação e em nosso sucesso na vida real e cause desconforto e incapacitação significativos. Para a maioria das pessoas, a ligação com a internet, embora poderosa e intensa, traz muito mais prazer ou produtividade do que dor e incapacitação. É mais um caso de amor e/ou uso de ferramenta do que escravidão – e não é melhor considerá-la a matéria do transtorno mental. Seria tolice definir como doença psiquiátrica um comportamento que já se tornou uma parte tão necessária da vida e do trabalho diário de todos nós.

Mas e quanto à minoria de internautas que estão, de fato, presos a um padrão de uso infeliz, compulsivo, inútil e autodestrutivo – os que jogam 24

horas por dia, os enclausurados, os confinados a uma vida virtual? O conceito de adição pode, certamente, se aplicar a muitos deles, e o diagnóstico e o tratamento podem algum dia se mostrar úteis. Mas ainda não. Não sabemos como definir a adição à internet de forma que não rotule equivocadamente as muitas pessoas que estão muito bem quando conectadas a seus eletrônicos. Tampouco sabemos que proporção de usuários excessivos está presa à internet devido a outro problema psiquiátrico que pode ser ignorado, caso a adição virtual se torne uma explicação genérica que mascare questões subjacentes. Até o momento, a pesquisa acerca da “adição à internet” é marcadamente pobre e não muito informativa. Não nos animemos em demasia com imagens que mostram as mesmas partes do cérebro iluminadas durante o uso da internet e o de drogas – elas se iluminam de modo inespecífico para qualquer atividade muito valorizada e não são indicativas de patologia. A “adição à internet” tem de ser menos a queridinha da mídia e mais um alvo de pesquisa sóbria. A Coreia do Sul é o país mais conectado do mundo e o que tem mais problemas com o uso excessivo da internet. O governo está tentando lidar com isso por meio da educação, da pesquisa e de uma política pública inteligente – nenhuma das quais exigiu declarar a “adição à internet” um transtorno mental. Eis um excelente modelo para o resto do mundo seguir.

CONFUNDINDO DOENÇA MÉDICA COM TRANSTORNO MENTAL

A fronteira entre a psiquiatria e a medicina apresenta dificuldades para ambos os lados e não é bem-servida por nenhum. Mesmo na melhor das circunstâncias, a distinção entre doença médica e psiquiátrica muitas vezes é opaca e difícil de delinear. Não ajuda o fato de a maioria dos médicos não ser muito entendida em psiquiatria, de a maioria dos psiquiatras não ser muito entendida em enfermidades médicas e de a comunicação entre as duas áreas, em muitos casos, ser incompleta e/ou confusa. São os pacientes que sofrem, frequentemente passando despercebidos e recebendo cuidados de segunda categoria de ambas as especialidades.

Tomei consciência pessoal e dolorosamente dos riscos de um diagnóstico errado há quatro décadas, quando, recém-chegado à residência em psiquiatria, tratei um homem pelo que parecia ser depressão durante dois meses até descobrir que seus problemas eram, na verdade, causados pelo

tumor cerebral que eu não detectara. Nos anos seguintes, atendi dezenas de pacientes com uma doença médica que havia sido rotulada como psiquiátrica e dezenas de pacientes com uma doença psiquiátrica que havia sido rotulada como médica. É fácil confundir tudo em ambas as direções.

Os erros são cometidos de quatro maneiras. Na primeira, algumas enfermidades médicas se manifestam com sintomas físicos severos, mas sem patologia definitiva (exemplos típicos são cólon irritável, fadiga crônica, fibromialgia, dor crônica, doença de Lyme e cistite intersticial). Com muita frequência, os pacientes ouvem que é tudo coisa da sua cabeça e são chamados de “frescos” pelas costas, acrescentando o insulto à lesão e à incapacitação de sua enfermidade crônica e, às vezes, debilitante.

Na segunda maneira, doenças médicas podem se manifestar com sintomas que permanecem inexplicados durante vários anos, até a causa subjacente se declarar com nitidez. Exemplos típicos são esclerose múltipla, lúpus, artrite reumatoide, neuropatias periféricas, doenças do tecido conjuntivo e, sim, tumores cerebrais. É duro conviver com a incerteza, mas é muito melhor do que pular à conclusão falsa e arriscada de que o problema é psiquiátrico.

Na terceira, algumas pessoas têm reações psicológicas muito fortes ao próprio câncer, problema cardíaco, diabetes ou outra moléstia grave. E por que não teriam? Quando se está doente, é compreensível ficar preocupado com a saúde, concentrado nos esforços para melhorá-la e hiperalerta a possíveis sintomas novos. Aquela dor de cabeça aparentemente banal sempre pode ser uma recorrência do tumor cerebral. Indivíduos com enfermidades médicas não devem ser casualmente rotulados como se também fossem portadores de um problema mental só porque estão assustados e tristes por estarem doentes.

Na quarta maneira, o rótulo equivocado também ocorre na direção contrária. Muitos transtornos psiquiátricos se apresentam com sintomas somáticos proeminentes, muitas vezes confundidos com doenças médicas. O melhor exemplo: pessoas que sofrem ataques de pânico costumam ser submetidas a um excesso de exames desnecessários, custosos e potencialmente nocivos para vertigem, falta de ar e palpitações que, na verdade, são apenas parte da hiperventilação causada pelo pânico. E a depressão às vezes também se apresenta com sintomas somáticos proeminentes, em especial a perda de peso.

O *DSM-5* confundirá ainda mais a confusa divisa entre doença médica e mental ao introduzir o novo diagnóstico de “transtorno somatoforme” e dar a

ele uma definição vaga e fácil de preencher. O resultado serão taxas drasticamente elevadas de transtorno mental nos três grupos de pacientes: aqueles cuja enfermidade tem patologia claramente definida (como o câncer), aqueles cuja enfermidade tem causas menos compreendidas (como a fibromialgia) e aqueles cujos sintomas físicos ainda estão longe de ser explicados, porém no futuro mostrarão uma etiologia clara (como a esclerose múltipla).

O diagnóstico frequentemente incorreto de transtorno mental se baseará apenas no julgamento subjetivo e falível do clínico de que a vida do paciente se tornou subordinada à preocupação com a saúde, que a resposta a sintomas somáticos desconfortantes é excessiva ou desproporcional ou que as estratégias de enfrentamento do sintoma são mal adaptadas. Essas são avaliações inerentemente duvidosas e suspeitas que abrirão as comportas para o sobrediagnóstico de transtornos mentais e resultarão na perda do diagnóstico de transtornos médicos.

Os próprios experimentos de campo do *DSM-5* produziram resultados bastante assustadores. Um a cada seis pacientes de câncer e doença coronária se enquadrava nos critérios de “transtorno somatoforme”. Assim como um a cada quatro de síndrome do cólon irritável ou fibromialgia. E que tal essa: o mesmo acontece com quase um a cada dez indivíduos “saudáveis”. Queremos mesmo sobrecarregar de modo tão casual pessoas com moléstias médicas (ou mesmo saudáveis) com um diagnóstico extra de enfermidade mental só porque estão preocupadas por estarem doentes?

É provável que uma aplicação incauta e inapta dos critérios altamente subjetivos e abrangentes do *DSM-5* em diagnósticos psiquiátricos inapropriados tenha implicações de longo alcance. Os possíveis danos incluem:

- estigma;
- perda de diagnósticos médicos por falta de investigação do aparecimento ou da piora de sintomas somáticos;
- desvantagens para conseguir ou manter um emprego;
- menor reembolso médico e por invalidez;
- menor elegibilidade para serviços sociais, médicos e educacionais, e para adaptações no local de trabalho;
- relutância de pacientes com doenças potencialmente fatais em relatar novos sintomas que possam ser indicadores precoces de recaída,

metástase ou enfermidade secundária, por medo de atrair um diagnóstico de transtorno mental;

- a visão do paciente de si mesmo e da doença pode ser distorcida, assim como as percepções da família e dos amigos;
- prescrição de drogas psicotrópicas inadequadas.

O fardo das mudanças do *DSM-5* cairá predominantemente sobre as mulheres porque elas estão mais propensas a ser dispensadas de forma casual ao se apresentarem com sintomas físicos, e também a receber antidepressivos e ansiolíticos inapropriados.

As regras de ouro: uma doença médica subjacente deve ser sempre descartada antes de se concluir que os sintomas são causados por um transtorno mental. Indivíduos que estão sofrendo de uma enfermidade médica jamais devem ser mal rotulados como tendo também uma moléstia mental só porque estão abatidos com a doença. E, por fim, há muita incerteza inerente ao se determinar se um sintoma físico vem de uma causa física ou emocional ou se tem elementos de ambas. É muito melhor viver com a incerteza do que inventar um diagnóstico psiquiátrico.

ESCAPAMOS POR UM TRIZ – MAS AINDA É PRECISO CUIDADO

Esta seção descreve as propostas de transtornos que quase entraram no *DSM-5*, mas foram limados no último minuto. Um grande alívio – nenhum deles está nem remotamente pronto para ganhar os holofotes. Mas uma cuidadosa vigilância contra seu uso como modismos ainda é necessária. O transtorno bipolar infantil foi rejeitado de forma semelhante no *DSM-IV*, todavia conseguiu se tornar uma perigosa epidemia falsa. E a Austrália está prestes a embarcar em um programa nacional, que gastará quase meio bilhão de dólares, para o tratamento do risco de psicose – muito embora este não seja um diagnóstico oficial.

O RISCO DE PSICOSE É ARRISCADO DEMAIS

O futuro é bom em guardar segredos e muito difícil de prever. Em particular com os adolescentes, que muitas vezes parecem estranhos em uma terra estranha – ou talvez “Alices” no País das Maravilhas. A metamorfose de criança em adulto tem diversos elementos enigmáticos ocorrendo em extrema velocidade – mudanças corporais, amadurecimento sexual, novos papéis, novas ideias, novos sentimentos, novos relacionamentos, novas responsabilidades, novas liberdades, novas tentações. Jovens confrontam o mundo com audácia, fazendo perguntas desconcertantes que os mais velhos sabem que não têm resposta. Preocupam-se com o sentido da vida e com os mistérios do universo, muitas vezes falando de maneiras abstratas que atordoam pais ocupados com o pagamento da próxima hipoteca. Adolescentes não se sentem à vontade dentro da própria pele: seu senso de identidade é frágil, incerto e instável. Os temores existenciais abundam; as fantasias são bizarras; os sentimentos, extremos; a autoestima, vacilante; o vestuário, excêntrico; o comportamento, errático; os jogos de video game, constantes. Os gostos para música, filmes e passatempos tendem a ser abomináveis. É fácil para eles se sentirem perseguidos, insultados, achacados e incompreendidos. São carentes, mas rejeitam auxílio. Uma preocupação gentil é confundida com intromissão hostil. Os pais, com frequência, se exasperam tentando entender o antes amoroso filho e imaginando o pior no futuro.

Tudo o que foi descrito acima se complica ainda mais quando o jovem perturbado começa a usar drogas. Quanto mais perturbado o jovem, mais provável e pesado o uso. As dificuldades e confusões do crescimento são exacerbadas por substâncias que alteram a mente e têm a capacidade de mimetizar todo problema psiquiátrico. Algumas drogas criam uma imitação particularmente boa de sintomas pré-psicóticos ou psicóticos – ver ou ouvir coisas que não existem, desenvolver crenças estranhas que beiram o delírio, tornar-se paranoico ou hipervigilante, perder a motivação, negligenciar responsabilidades e a higiene pessoal, e passar a fazer parte de contraculturas esquisitas. Sob o efeito de entorpecentes, excentricidades se acentuam, pensamentos se fragmentam, crenças se confundem, ideias bizarras são aceitas como plausíveis. Em geral, os pais estão completamente desinformados ou subestimam consideravelmente o papel dessas substâncias em tornar seus filhos ainda mais esquisitos do que antes. O medo natural é que o jovem esteja pirando.

A boa notícia é que a adolescência costuma ser uma doença autolimitada e de duração restrita. A maioria dos adolescentes se torna adultos normais. A má notícia é que alguns não se tornam: os problemas da adolescência são apenas um prelúdio de contínuas dificuldades na vida posterior. A pior notícia é a respeito do 1% de todos os adolescentes que desenvolve esquizofrenia, uma séria enfermidade psiquiátrica caracterizada por delírios psicóticos, alucinações e pensamentos e comportamentos estranhos. Um grande sofrimento seria evitado se ao menos pudéssemos identificar aqueles que estivessem em risco e intervir de maneira precoce antes que tenham seu primeiro episódio psicótico pleno. Isso não apenas evitaria uma tremenda perturbação em curto prazo, mas também poderia representar uma grande melhora nas perspectivas de vida da pessoa. Prevenir episódios psicóticos é uma alta prioridade da psiquiatria, uma das maiores preocupações da área nos últimos vinte anos. Mas como encontrar a agulha no palheiro – o raro adolescente estranho que se tornará psicótico entre os muitos outros adolescentes estranhos que serão adultos normais?

O *DSM-5* propôs um novo diagnóstico com o intuito de assumir essa intimidadora tarefa. Ele recebeu dois nomes diferentes: “síndrome do risco de psicose” e o trava-língua “síndrome de sintomas psicóticos atenuados”. Seja qual for o nome, o nobre objetivo é promover a identificação e o tratamento precoces – para ajudar a prevenir o surgimento da esquizofrenia, ou ao menos reduzir seus estragos ao longo da vida. Esse empenho, se bem-sucedido, seria o maior feito da história da psiquiatria. A ambição é fazer um enorme bem, mas o risco é que a identificação precoce erre o alvo e acabe infligindo um enorme mal.

Boas intenções não são boas o bastante – é preciso ter boas ferramentas. O valor da intervenção precoce na prevenção da psicose reside em três pilares fundamentais e necessários: diagnosticar apenas as pessoas certas, ter um tratamento eficaz, e esse tratamento também ser seguro. A síndrome do risco de psicose (SRP) vai muito mal em todos eles. Identificaria erradamente muitos jovens que não estão, de fato, em risco de psicose. Em muitos casos, eles receberiam antipsicóticos atípicos sem eficácia comprovada. E o mais cruel, essas drogas têm complicações extremamente perigosas.

Primeiro, vamos encarar o problema da má identificação. Mesmo nas mãos mais especializadas (isto é, em clínicas de pesquisa altíssimamente selecionadas), ao menos duas a cada três pessoas que recebem o diagnóstico

de SRP não se tornam psicóticas. De grande interesse contraintuitivo, quanto mais tempo a clínica opera, pior seu índice de acertos. Isso não significa que os avaliadores fiquem menos inteligentes. Apenas que, com o tempo e o aumento da reputação, a clínica atrai um conjunto cada vez mais heterogêneo de indicações, de modo que se torna mais difícil escolher a agulha no palheiro daqueles que, de fato, estão em risco de psicose dos que não estão.

No mundo real, a razão se torna realmente ridícula: nove erros para cada acerto. Os classificadores da prática geral têm muito menos experiência do que os especialistas das clínicas de pesquisa, e os “pacientes” estão mais próximos do normal e são mais difíceis de discriminar. A rotulação equivocada pode se agravar ainda mais caso o diagnóstico venha a ser oficializado e os fabricantes de remédios entrem em cena, tentando convencer pais e clínicos a ficar especialmente atentos a qualquer coisa estranha nos adolescentes.³⁷⁻⁴⁰

Muitos jovens que não estivessem realmente em alto risco de psicose receberiam um tratamento medicamentoso preventivo que os poria em alto risco de obesidade, diabetes e todas as temíveis consequências para a saúde que sobrevivem.⁴¹ Para completar, não existe prova alguma de que antipsicóticos sejam eficazes na prevenção de episódios psicóticos.

E não para por aí. Os termos “risco de psicose” e “síndrome de sintomas psicóticos atenuados” estão cheios de uma ameaça agourenta e de um estigma inegável. A pessoa mal rotulada carrega a dispensável cruz da preocupação desnecessária, das ambições diminuídas e da provável discriminação na hora de conseguir um emprego, um seguro ou um companheiro – exacerbando ainda mais o lado do risco na já totalmente desequilibrada relação risco-benefício.

Então, vamos somar o placar: a maioria dos jovens marcados com a etiqueta da SRP não corre o risco de psicose; o tratamento preventivo que muitos recebem não previne realmente, mas é provável que os engorde e reduza sua expectativa de vida; e o rótulo em si é um novo fardo para a vida. É a receita para uma tragédia individual e uma catástrofe na saúde pública.

**TRANSTORNO MISTO DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO –
TRANSFORMANDO TODO MUNDO EM PACIENTE**

O *DSM-5* propôs um novo transtorno que teria sido o queridinho da inflação diagnóstica e o maior presente já dado aos fabricantes de remédios. O conjunto de critérios era tão fácil de satisfazer que, mais cedo ou mais tarde, o mundo todo acabaria se enquadrando. O transtorno misto de ansiedade e depressão (TMAD) talvez seja a tentativa mais flagrante já feita de medicalizar a tristeza e as preocupações passageiras, inespecíficas e quase onipresentes que são parte inevitável da vida cotidiana. Uma reação perfeitamente esperada a eventos desagradáveis – perda de emprego, divórcio, enfermidade ou problemas financeiros – teria sido convertida em transtorno mental. Não é de se estranhar que o TMAD seja um diagnóstico instável com pouco poder de previsão. Estudadas um ano depois, a maioria das pessoas etiquetadas com ele terá superado os sintomas e não precisará de um diagnóstico, ou terá desenvolvido outro mais estabelecido. A espera vigilante é o caminho mais sábio e seguro, em vez de pular para um diagnóstico essencialmente insignificante.

O único elemento totalmente previsível do TMAD é seu enorme potencial mercadológico. Transformar os problemas inevitáveis da vida em transtornos mentais teria sido uma verdadeira mina de ouro para as empresas farmacêuticas – a combinação perfeita de uma portentosa participação no mercado com um alto índice de resposta ao placebo. Da noite para o dia, o transtorno teria emergido do nada e se tornado o mais comum nos Estados Unidos. Os antidepressivos, já usados por 11% da população norte-americana, teriam ganhado outro grande empurrão. A sanidade, enfim, prevaleceu dessa vez, e o TMAD foi engavetado – mas não totalmente.⁴²⁻⁴³

A HEBEFILIA GERA UMA CRISE CONSTITUCIONAL

A hebefilia é um termo empolado de sonoridade médica sonhado há mais de um século como um paralelo à pedofilia. Pedófilos são aqueles que preferem ou necessitam de crianças pré-púberes para obter excitação sexual; nos supostos “hebéfilos”, o desejo preferencial seria por adolescentes que já entraram na puberdade.

A hebefilia nunca pegou como entidade clínica e quase não deu margem a pesquisas. Porém, tornou-se muito popular como diagnóstico falso utilizado em audiências de predadores sexuais violentos (SVPs) para justificar a

detenção preventiva por meio da internação psiquiátrica involuntária. Essa conveniência de saúde pública representa um abuso da psiquiatria que viola preciosas garantias constitucionais contra a condenação dupla. O *DSM-5* imprudentemente considerou incluir a hebefilia como um diagnóstico oficial, mas sabiamente o descartou em resposta à oposição quase unânime de especialistas forenses e em transtornos sexuais. O apoio à inclusão veio somente de um punhado de profissionais que pesquisam a questão e do grupo um tanto maior de avaliadores de SVPs que ganham parte do seu sustento, ou todo ele, diagnosticando-a equivocadamente.

Sexo com um adolescente púbere, menor de idade, é um crime desprezível que merece prisão, e não um transtorno mental tratável em um hospital. Não há nada inerentemente psiquiátrico em sentir atração sexual por jovens em desenvolvimento. Numerosos estudos provaram o óbvio: essa atração é comum e está completamente dentro do âmbito do desejo masculino normal. A idade de permissão de atividade sexual teve uma ampla variação em diferentes épocas e lugares, sendo a puberdade muitas vezes tomada como a linha divisória da natureza para sinalizar a elegibilidade. Até cem anos atrás, a idade de consentimento nos Estados Unidos era de 13 anos, continua baixa em muitas regiões do mundo em desenvolvimento e só foi elevada há pouco tempo em grande parte do Ocidente.

A evolução embutiu a atratividade sexual adolescente na mente masculina. Quando a vida era muito mais curta e propensa a acabar de forma imprevisível a qualquer momento, fazia sentido o DNA buscar expressão logo que o amadurecimento sexual tornava isso possível. Ficar aguardando pacientemente pressupõe um grande risco de derrota no jogo do acasalamento. Lembremo-nos do espantoso fato de que a idade média em que as pessoas morriam é hoje a idade média em que elas se casam.

As estratégias ideais de acasalamento mudaram drasticamente em resposta ao aumento da expectativa de vida e à diminuição da mortalidade infantil. Quando se pode viver até os setenta anos, não há vantagem em entrar cedo na trilha do sexo e da criação de filhos. Haverá tempo suficiente, e ambas as atividades são mais seguras e feitas com mais sabedoria com a maturidade. A idade de consentimento legal foi elevada em conformidade com isso, de modo a proteger os jovens do que agora é considerado atividade sexual prematura, dadas as condições e expectativas que prevalecem em nossa sociedade.

No entanto, isso não quer dizer que nossa programação sexual interna tenha seguido o mesmo passo. Mudanças nos apetites rudimentares requerem períodos de tempo evolutivos de, ao menos, dezenas ou centenas de milhares de anos; mudanças na lei podem acontecer da noite para o dia. Não desligamos instintos há muito estabelecidos só porque não são mais considerados apropriados. A indústria da propaganda, ciente do fato de que muitos adultos continuam sentindo atração sexual por adolescentes, explora clinicamente esse interesse, exibindo modelos de aparência jovem em roupas e poses provocantes. A afirmação de que os anseios sexuais estimulados por adolescentes sensuais denotam um transtorno mental viola o bom senso, a experiência e as evidências de pesquisa. Não é crime ou transtorno mental desejar os recém-entrados na puberdade; é a natureza humana. Mas é um crime muito grave em nossa sociedade dar vazão a esses impulsos, crime digno de um longo tempo de prisão.

A única razão de um diagnóstico de “hebefilia” existir seria descrever os raros indivíduos que se atêm obsessiva, exclusiva e obrigatoriamente a adolescentes muito jovens. Mas os diversos motivos persuasivos para não incluí-lo no *DSM-5* eram muito maiores do que esse único uso possivelmente positivo. A hebefilia (se é que existe) não foi pesquisada, não temos ideia de como diagnosticá-la e nem se há algum tratamento eficaz. Não há necessidade clínica aparente para a proposta – nenhum exército de potenciais perpetradores em busca de auxílio e dispostos a se beneficiar do tratamento, supondo que existisse algum. E o uso forense descuidado e excessivo no caso dos SVPs já é um problema sério. Verdadeiros hebéfilos constituiriam apenas uma diminuta fração de todos os criminosos que violam os jovens. A experiência ensina que isso não impediria os avaliadores forenses de espalhar o diagnóstico de maneira ampla e inadequada como um lubrificante para intimações involuntárias em audiências de SVPs.

Nenhuma lágrima precisa ser derramada por molestadores de crianças. Mas nós perdemos estabilidade constitucional sempre que permitimos a violação dos direitos civis, mesmo os das pessoas que mais detestamos. Se fazer sexo com um adolescente hoje constitui um transtorno mental, o que impede um futuro deslize, em uma era possivelmente menos esclarecida, de repensar se a homossexualidade é ou não um transtorno, ou usar a psiquiatria para suprimir dissidências políticas ou crenças religiosas minoritárias? Qualquer minúscula utilidade clínica que possa haver para a “hebefilia” é esmagada por seus temerários riscos forenses.⁴⁴⁻⁴⁶

HIPERSEXUALIDADE – “MEU TRANSTORNO ME LEVOU A FAZER ISSO”

Essa foi mais uma proposta insensata para o *DSM-5*. Felizmente, acabou rejeitada, mas infelizmente continua bem viva na mídia e na consciência do público. Os protótipos mais reconhecíveis da sexualidade excessiva vêm do mundo dos esportes profissionais, do rock, de Hollywood e da política. O termo poderia se referir a ex-presidentes dos Estados Unidos e da Itália, bem como a poderosos líderes dos negócios e do governo. Seja Mickey, Wilt, Magic, Tiger, Silvio, JFK ou o Don Juan local, o script é o mesmo. O homem (muito raramente a mulher) parece nunca se satisfazer no sexo. Wilt Chamberlain gabava-se de ter dormido com 20 mil mulheres diferentes. Um repórter fez as contas e disse a ele que isso daria uma média de mais ou menos três por dia. Wilt abriu um sorriso, passou a mão no queixo e respondeu: “É, acho que foi isso.”

A falta de consenso a respeito do que é um comportamento sexual normal torna difícil definir o que é excessivo. Vieses individuais e culturais exercem um grande papel e criam um alvo em movimento. O que é completamente normal em Nova York ou Amsterdã pode ser inaceitável em Topeka ou Meca. O que é normal na Nova York de hoje era um desvio na de cem anos atrás. O que é normal para atletas profissionais pode não ser para o resto de nós. Há uma tremenda variabilidade e nenhum padrão claro. Muito pode depender da oportunidade.

O excesso sexual é muitas vezes desorientado, mas raramente indicativo de transtorno mental. Seres humanos, em especial homens, traem com tanta frequência que quase poderia ser considerado um comportamento normativo, e não uma doença. O sexo é tão prazeroso justamente porque o DNA tem total dependência dele para a sobrevivência. A evolução programou o cérebro para fazermos o que for preciso para levar o esperma e os óvulos à próxima geração. Considerações de amor, moralidade, lealdade e consequências de longo prazo muitas vezes são superadas pela baixa resistência à tentação.

No jogo dos números evolucionários, pessoas com alta libido tendem a ter mais filhos. Ceder à tentação sexual tem um forte valor de sobrevivência para o DNA – é por isso que o fazemos. Talvez seja lastimável, mas é como a seleção natural funciona, um aspecto esperado da vida normal – e não um transtorno mental. Os genes de Gêngis Khan ganharam a incerta corrida

evolucionária, permanecendo em milhões de descendentes modernos. Os sexualmente mansos não herdam a Terra.

A medicalização do mau comportamento sexual é um grave erro: diminui o senso de responsabilidade individual do culpado e fornece uma desculpa psiquiátrica inapropriada para o hedonismo.⁴⁷

DA INFLAÇÃO DIAGNÓSTICA À HIPERINFLAÇÃO DIAGNÓSTICA

Assim como é imprudente aumentar o dinheiro circulante quando já existe uma inflação monetária, é imprudente cunhar novos diagnósticos quando já existe uma superabundância de inflação diagnóstica. O *DSM-5* não compreendeu a necessidade de comedimento e vai despejar todo um novo lote de infelizes modismos sobre os que já temos. Isso abrirá ainda mais as comportas, permitindo diagnósticos cada vez mais vagos e tratamentos crescentemente inadequados.⁴⁸ Em um mundo razoável, o manual teria virado na direção oposta para conter a inflação diagnóstica e restringir o tratamento a situações em que ele fosse, de fato, necessário. O estrago está feito e não pode ser revertido com facilidade. Talvez o único consolo seja que a controvérsia em torno do *DSM-5* o deixou muito desacreditado, aumentando a preocupação com os danos causados pela inflação diagnóstica. Muitos clínicos não se deixarão iludir por ele, não lhe darão uma desmerecida autoridade “bíblica” e talvez sejam mais cautelosos ao diagnosticar e prescrever. E muitos potenciais pacientes foram alertados a não aceitar diagnósticos que possam não fazer sentido para eles.

PARTE 3

VOLTANDO AO NORMAL

CAPÍTULO 7

DOMANDO A INFLAÇÃO DIAGNÓSTICA

Para cada problema complexo há uma resposta clara, simples e errada.

H. L. MENCKEN

A inflação diagnóstica tem muitas causas complexas e interagentes. Solucioná-la exigirá diversas curas complexas e interagentes – e o resultado é muito duvidoso. O que precisa ser feito é absolutamente óbvio, mas ter inteligência suficiente para saber o que fazer é inútil sem o poder para tal. A maior parte do poder político e financeiro promove o anormal; as forças equilibrantes que promovem o normal não proporcionam o mais remoto equilíbrio e não são, nem de longe, fortes o bastante. Contudo, às vezes a esperança se redime. Os mansos eventualmente herdaram a Terra, em especial se o correto estiver a seu lado. Milagres imprevisíveis na sociedade e na saúde pública podem ocorrer quando ninguém imaginaria que eles fossem minimamente possíveis. Contra todas as probabilidades, elegemos um presidente negro, aprovamos projetos de lei a favor do casamento gay e fizemos o cigarro passar de um sinal de sofisticação sensual a um habitozinho imundo. Então, quem disse que não podemos também domar a fera da inflação diagnóstica e salvar o mundo do alastramento epidêmico da enfermidade psiquiátrica? Vou mostrar como fazê-lo.

ESTAMOS TRAVANDO A GUERRA ERRADA CONTRA AS DROGAS

Há quarenta anos estamos travando uma guerra contra os cartéis de drogas que não podemos vencer. Enquanto isso, mal começamos a travar uma guerra diferente contra o mau uso de drogas legalizadas que não poderíamos perder.

A interceptação atual às drogas urbanas é um fiasco tão grande quanto a Lei Seca dos anos 1920.¹ A eventual prisão de um chefe do tráfico ou o confisco de alguns milhões de dólares em heroína, cocaína ou anfetaminas contrabandeadas dão uma boa manchete, mas não servem de nada para interromper o fluxo. O preço das drogas ilegais permanece bastante estável e nunca é alto o suficiente para repelir o mercado. Novas fontes estão sempre a postos para substituir um ocasional carregamento perdido. Por mais impressionante que seja o valor de rua das drogas confiscadas, quantidades incríveis estão constantemente vazando. Os padrões de uso não sofrem um impacto significativo nem mesmo da maior apreensão, fazendo de toda a campanha de interceptação nada mais que uma charada fajuta.

Igualmente insignificantes são os propalados relatos de prisão ou morte de grandes chefões do tráfico. Isso também nunca afeta de modo considerável a disponibilidade de drogas nas ruas e, ao contrário, gera uma cascata quase sempre negativa de efeitos colaterais das virulentas e inevitáveis batalhas territoriais que vêm em seguida, resultando em mais assassinatos e mais corrupção, e não em menos uso de entorpecentes. O comércio de drogas é extremamente bem organizado e dirigido racionalmente – como se espera de qualquer grande empreendimento multinacional de imensa lucratividade. Segue modelos de negócios e estruturas corporativas semelhantes às de seus concorrentes da indústria de drogas lícitas. O sucesso de empresas como a Pfizer, a Eli Lilly ou a Jansen não depende de quem seja o atual CEO. Elas têm procedimentos operacionais e infraestruturas que governam as decisões negociais, garantindo a continuidade e os lucros duradouros, independentemente de quem estiver no comando em dado momento. O comércio ilegal de drogas é muito mais violento (e um pouco mais impiedoso), mas suas estruturas administrativas têm a mesma eficiência na busca do lucro em longo prazo. Decepar a cabeça de um cartel não tem mais que um efeito muito temporário sobre o corpo – o tráfico tem cabeça de hidra, é resiliente e competente. Nunca faltam pretendentes ainda mais impiedosos ao trono.

O principal efeito da guerra às drogas foi o enriquecimento inimaginável dos cartéis. Isso dá a eles os meios e a motivação para entrar em uma corrida armamentista militar e política entre si e com os governos oficiais, comprar autoridades com ouro e intimidá-las com chumbo, e desestabilizar países combalidos em verdadeiras guerras civis em andamento.² Fizemos o experimento repetidas vezes, e agora devemos aceitar o resultado. A batalha

contra as drogas foi lutada e foi perdida. Se continuarmos a lutá-la, continuaremos a perdê-la.

Temos de encarar o fato de que o mau uso de drogas legalizadas já se tornou um problema de saúde pública maior do que os entorpecentes vendidos nas ruas. É inaceitável 7% da população ser viciada em drogas prescritas, e overdoses fatais destas excederem as causadas pelas ilegais.³ Os produtos legalizados que as Eli Lillys e as Pfizers promovem tornaram-se (quando utilizados em exagero) mais perigosos do que as drogas urbanas empurradas pelos aviõezinhos dos cartéis. Nossas decisões administrativas não confrontaram esse notável paradoxo de saúde e política públicas. Estamos gastando fortunas com a guerra perdida contra as drogas ilegais, ao passo que mal levantamos um dedo para travar uma guerra que poderíamos vencer facilmente contra o mau uso das legalizadas.⁴

A boa notícia é que os senhores das drogas legalizadas são extremamente vulneráveis à lei de uma forma que os das ilegais não são. Seria fácil controlá-los, se ao menos tivéssemos vontade política para tal. Eli Lilly, AstraZeneca, Jansen, Abbott, Purdue e afins têm a grande vantagem sobre os cartéis de Sinaloa, Tijuana e Juárez de poder funcionar dentro da lei e gozar de sua proteção. Podem anunciar (ou seja, empurrar) seus produtos abertamente usando a TV, a internet e a mídia impressa;⁵ distribuí-los de forma barata por meio de médicos e farmácias; comprar políticos de maneira legal, contribuindo para campanhas e promovendo o loteamento de cargos.⁶ Não precisam temer ser detidas pela polícia ou assassinadas por corporações rivais. Mas sua dependência da lei também é um ponto fraco, tornando esses traficantes de drogas lícitas muito mais vulneráveis ao alcance dela. A lei poderia proibir de um dia para o outro suas práticas questionáveis e interromper suas piores destruições.

Curar a inflação diagnóstica induzida pelos fabricantes de remédios não é um bicho de sete cabeças e não requer grandes habilidades em regulamentação, jurisprudência ou patrulhamento. A lista de coisas que precisam ser feitas não poderia ser mais óbvia ou simples de fazer cumprir. No entanto, o primeiro passo deve ser os políticos dizerem não às adulações financeiras com que a indústria farmacêutica os seduz – maciças contribuições a campanhas e tentadoras ofertas de emprego no futuro.

DESMONTANDO A MÁQUINA DA PROPAGANDA

A indústria das drogas psiquiátricas legalizadas prosperou mediante a difusão agressiva da desinformação. As companhias farmacêuticas têm recursos financeiros, força política, destreza mercadológica e ganância quase ilimitados na busca por novos mercados e maiores lucros.⁷ Mas tudo isso poderia ser revertido em um estalar de dedos se os políticos tivessem motivação para tal. Nenhuma das mudanças de regra abaixo seria difícil de fazer cumprir. A maioria já está em curso no resto do mundo e funciona bem para melhor conter, se não eliminar inteiramente, o uso excessivo de drogas prescritas.

Quatorze maneiras de domar a indústria farmacêutica

1. Fim da propaganda direta ao consumidor na TV, nas revistas ou na internet.
2. Fim de viagens, jantares, brindes promocionais ou cursos de extensão patrocinados para médicos ou estudantes de medicina.⁸
3. Fim do apoio financeiro a organizações profissionais médicas.
4. Fim dos belos vendedores congregados na sala de espera dos consultórios.
5. Fim das amostras grátis.⁹
6. Fim do marketing *off-label*.¹⁰
7. Fim da cooptação de gurus.¹¹
8. Fim dos financiamentos à Food and Drug Administration.
9. Elevação das multas e das penas criminais por malfeitos dirigidas a executivos, bem como a empresas.¹²
10. Diminuição da proteção de patentes para companhias que desrespeitam a lei.
11. Fim da ajuda financeira a grupos de defesa do consumidor.¹³
12. Fim das campanhas de conscientização sobre doenças.¹⁴
13. Fim das contribuições ilimitadas e secretas a políticos.
14. Uma quarentena de três anos para que políticos, funcionários do governo e burocratas envolvidos na criação ou no monitoramento de regulamentações de companhias farmacêuticas possam trabalhar em uma dessas empresas, em cargos de chefia ou como empregados.

Não podemos esperar que os fabricantes de remédios se reformem de maneira espontânea. Eles simplesmente não têm motivação para mudar, uma vez que os lucros estão nas alturas e os acionistas estão contentes. Sua missão corporativa é ganhar o máximo de dinheiro possível. Apesar de qualquer protesto, servir ao bem público está na parte de baixo de sua lista de prioridades. O público deve ser protegido de informações enganosas e da precificação monopolista. Ter leis escritas não basta para conter a ganância, a menos que os custos financeiros de desrespeitá-las excedam os ganhos – ou que alguns executivos passem uma temporada na cadeia. A indústria farmacêutica se fartará o máximo possível durante o maior tempo possível, até que a interrompam. Outros países fazem um trabalho muito melhor para conter seus excessos do que nós já fizemos, provavelmente porque o dinheiro não se converte de forma tão pronta em poder político na maioria das outras democracias. A maior esperança de reforma é a revolta contínua do público por ser tapeado. Como afirmou Abraham Lincoln: “Pode-se enganar algumas pessoas o tempo todo e todas as pessoas por algum tempo, mas não se pode enganar todas as pessoas o tempo todo.”

CONTROLANDO A DISTRIBUIÇÃO: PEGANDO AS DICAS DO MASTERCARD

A inflação diagnóstica e a polifarmácia andam de mãos dadas e podem ser uma combinação letal. É incrível que tão pouco esteja sendo feito para deter essa causa quase totalmente evitável de morte e invalidez – em especial considerando que existe uma solução técnica fácil para acabar com a perigosa sobreprescrição.

Sempre que uma compra suspeita é cobrada em seu cartão de crédito ela é detectada de imediato, e o cartão é temporariamente suspenso até que você aprove a transação. Esse sistema de eficiência às vezes irritante é engatilhado se, por exemplo, você tenta usar o cartão em um país estrangeiro sem antes informar à MasterCard que vai viajar. Por que não colocam em ação um sistema de alerta em tempo real, com eficiência e proatividade semelhantes, para ajudar a controlar a sobreprescrição e a superadministração galopantes de psicotrópicos e analgésicos? Se dispomos de tecnologia para prevenir uma fraude de centenas de dólares, é tolice não aplicá-la à prevenção de mortes por overdose de drogas prescritas.

O controle da distribuição de drogas ilegais mostrou-se impossível a despeito de determinados e caros esforços de execução da lei nas fronteiras e nas ruas. O controle da distribuição de drogas prescritas é fácil porque elas são dadas por farmácias que poderiam ser interligadas por computadores onívidentes. Poderiam ser estabelecidas diretrizes para marcar todas as transações suspeitas (por exemplo, muitas drogas diferentes prescritas em sequência, doses muito elevadas, prescrições dadas com muita frequência e/ou vindas de médicos diferentes) e identificar médicos que tivessem o hábito da sobreprescrição em série. Se houvesse uma boa razão para certo desvio, ele seria autorizado a prosseguir (o que equivaleria a explicar à MasterCard o motivo da compra que acionou o alerta de fraudes). Todavia, coquetéis de drogas potencialmente mortais e médicos letais seriam identificados e contidos.

Só me vêm à cabeça três objeções possíveis, e nenhuma delas é razoável. A primeira é o custo – quem vai pagar? É uma bobagem. Gastamos uma fortuna falhando ao interditar drogas ilegais na fronteira porque é impossível fechá-la. Mas as farmácias, equivalentes à fronteira como pontos de distribuição de drogas lícitas, são fáceis e baratas de patrulhar por meio de computadores funcionando 24 horas por dia. Também está na cara quem teria de pagar pelo sistema de sentinela: o dinheiro do monitoramento deveria sair de um minúsculo imposto à gigantesca receita de medicamentos da indústria farmacêutica.

A segunda questão: como fazer com que todos os fabricantes de remédios e farmácias participassem de tal esquema? A prescrição e a administração de medicamentos não são fragmentadas demais para permitir um controle central? De maneira nenhuma. Cadeias farmacêuticas e grandes serviços virtuais de entregas poderiam facilmente ser obrigados a agir de acordo com um sistema contra o abuso de prescrição e de fármacos.

A terceira objeção é a única que tem algum mérito: um sistema de alerta não seria uma forma potencial de invasão da privacidade individual que, nas mãos erradas, poderia levar a abusos? Esse argumento teria mais apelo se a necessidade de proteção contra a overdose de drogas legais não fosse tão urgente e se a privacidade no ato da prescrição já não fosse tão vulnerável, dados os sistemas de registro e vigilância já estabelecidos. Reforçar um alarme universal traria um enorme benefício, ao passo que incorreria em muito pouco risco adicional.

Isso teria muito impacto sobre a inflação diagnóstica? Sim, porque os papéis seriam invertidos. Quando um diagnóstico é um bilhete fácil para a aquisição de um medicamento desejado, ele é feito com muito mais frequência. Médicos que dão diagnósticos e prescrevem em excesso se tornarão mais rígidos em ambas as práticas se souberem que o olho de lince do computador está fixado implacavelmente neles.

Essa é a batalha que a guerra às drogas pode e deve ganhar.

ELIMINANDO AS DROGAS NOCIVAS

A Food and Drug Administration (FDA) percorre distâncias consideráveis, embora nem de longe suficientes, para analisar novas drogas antes de serem aprovadas para entrar no mercado. Mas, depois de ser convidado para a festa, um fármaco adquire passe livre pelo resto da vida. A menos que suas complicações sejam gritantes ou que realmente provoque mortes, é provável que o medicamento permaneça fora dos radares durante décadas. O programa de vigilância pós-aprovação da FDA é muito mal financiado e inapto à tarefa de monitorar todas as drogas inúteis e/ou prejudiciais que chegaram ao mercado.

Por exemplo, o Xanax. Introduzido nos anos 1980 como droga-prodígio para substituir o Valium e o Librium, é adorado por pacientes e utilizado com frequência por clínicos gerais. No entanto, ele tem sido mais um prodígio de lucratividade e longevidade do que um medicamento útil. Sua dosagem terapêutica muitas vezes é alta o bastante para causar adição, e a severa ansiedade provocada pela abstinência é suficiente para manter o usuário preso a ele pelo resto da vida. Tentativas de abandono podem gerar graves sintomas de pânico ou ansiedade mais sérios que os problemas iniciais do paciente.¹⁵ O Xanax também é um frequente colaborador, ao lado de outras drogas prescritas e do álcool, de overdoses e mortes iatrogênicas.¹⁶ Tem uma função pequena, se tanto, na prática adequada da medicina. Se houvesse uma guerra de fato contra o mau uso de drogas prescritas, o Xanax seria uma das primeiras baixas – contudo, sob as políticas atuais, a FDA não tem um mecanismo para refrear medicamentos que causam mais dano do que benefício. Precisamos de uma forma melhor de identificar e eliminar as drogas nocivas.

DOMANDO OS MÉDICOS

A maior parte dos médicos tenta ser responsável na maneira de prescrever um medicamento, mas as poucas maçãs podres são capazes de causar um grande estrago. São para o comércio das drogas lícitas o que o aviãozinho é para o das ilícitas. É fácil identificar esses “fenômenos” por meio de monitoramento e auditoria. Eles atendem a maior quantidade de pacientes na menor quantidade de minutos. No limitado tempo concedido, dão o maior número de diagnósticos psiquiátricos – e muitas vezes os mesmos diagnósticos e medicamentos para todos os pacientes. São os que mais receitam diversos remédios por paciente e com as maiores doses médias, e todos os pacientes podem estar usando o mesmo coquetel de drogas. Provavelmente também são as consultas mais caras, mas podem ter dificuldade de lembrar o nome ou o problema das pessoas atendidas. Comparecem a eventos de companhias farmacêuticas com assiduidade religiosa e às vezes podem dar palestras neles, exaltando a mais nova droga-prodígio. Seus consultórios são ímãs de vendedores de medicamentos, todos os quais são cheios de intimidade com a secretária. O consultório é recheado de presentes e parafernálias de fabricantes de remédios. Nosso fenômeno provavelmente dirige o melhor carro e mora na melhor casa. De vez em quando, um paciente morre de overdose de um medicamento que ele receitou (talvez com a ajuda de um pouquinho de álcool), mas ele nunca foi disciplinado, é um pilar da comunidade profissional e tem suas habilidades clínicas em alta conta. (Escrevi outro livro, *Fundamentos do diagnóstico psiquiátrico*, que fornece dicas para um diagnóstico acurado de cada transtorno mental e adverte sobre como evitar a inflação diagnóstica.)

O mais primitivo sistema computadorizado de monitoramento poderia localizar com facilidade esses indivíduos e marcá-los como desvios drásticos da prática adequada da medicina. A mais elementar medida de controle de qualidade os forçaria a justificar suas decisões, o que de imediato os faria baixar a bola. A disciplina profissional de um poria os outros na linha, e a humilhação pública os colocaria de volta no chão. Isso poderia ser feito como parte de uma abrangente Guerra ao Mau Uso de Drogas Lícitas. Atualmente, quase não é feito. A maioria dos aviõezinhos médicos enche o ofício de impunidade, e os pacientes pagam o preço com incapacitação – às vezes até com a morte. A polifarmácia inapropriada

poderia ser detida em questão de meses se um monitoramento e um controle de qualidade adequados fossem postos em prática.

DOMANDO O *DSM*

Os frouxos critérios do *DSM* que estimulam a inflação diagnóstica precisam se tornar mais rígidos. Não será fácil – o problema levou trinta anos para se formar e foi agravado pela quinta edição do manual. Porém, os erros têm o hábito de se corrigir com o tempo, e chegou o tempo de iniciar essa correção. Os limiares de muitos diagnósticos existentes devem ser alterados, exigindo mais sintomas e/ou durações mais longas e/ou mais incapacitação. E precisamos parar de adicionar diagnósticos, a menos que haja razões muito persuasivas para tal.

O *DSM* também deveria ser eximido de maneira gradual de parte da responsabilidade, destacando-se de decisões que foram ligadas exclusivamente à presença ou ausência de um tratamento diagnóstico. Os serviços escolares deveriam se basear em uma avaliação minuciosa das necessidades educacionais, e não só na presença ou ausência de um diagnóstico. O autismo e o transtorno do déficit de atenção foram definidos para propósitos clínicos, e não educacionais, e não funcionam muito bem como determinantes de decisões de sala de aula. Os níveis de incapacitação educacional podem ter uma variação muito ampla em indivíduos com o mesmo diagnóstico. Analogamente, a elegibilidade para benefícios por invalidez e outros deveria depender mais do verdadeiro nível de incapacitação funcional da pessoa e menos do fato de ela ter ou não um diagnóstico psiquiátrico. E as ações judiciais não deveriam se apoiar tanto no *DSM*.

O diagnóstico psiquiátrico era apenas uma ferramenta clínica modesta com pouca influência externa. Agora que o alcance do *DSM* cresceu de forma desmedida, ele se tornou o árbitro solitário de toda sorte de decisões que nem sempre estão dentro de sua competência. Isso acrescenta mais peso do que o sistema diagnóstico pode carregar confortavelmente e aumenta a inflação na medida em que os clínicos exageram o diagnóstico de seus pacientes para lhes conseguir serviços e benefícios adicionais. Um *DSM*

menos importante será um *DSM* melhor e resultará em diagnósticos mais exatos.

O DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO É IMPORTANTE DEMAIS PARA SER DEIXADO NAS MÃOS DOS PSIQUIATRAS

A Associação Norte-Americana de Psiquiatria monopolizou o diagnóstico psiquiátrico no último século. Isso ocorreu apenas por acidente histórico, e não intencionalmente. Até 1980 e o *DSM-III*, ninguém ligava muito para o manual – sua gestão era um fardo que a APA só assumiu porque era muito desimportante para justificar mais patrocínio oficial. Desde então, as coisas mudaram drasticamente – o diagnóstico psiquiátrico cresceu muito em importância e a APA diminuiu em competência.

O *DSM-5* foi a gota d'água e o ruidoso toque de despertar. A estrutura de governança da APA mostrou-se incapaz de governar. Mudanças inconsequentes sugeridas por pesquisadores para vender suas próprias teorias não tiveram seu impacto no mundo real suficientemente examinado. Especialistas em atendimento clínico, epidemiologia, economia da saúde, criminalística e políticas públicas foram deixados de fora. A maior parte das decisões foi tomada por e para psiquiatras – ignorando o fato de que eles constituem apenas 7% de todos os clínicos de saúde mental, e hoje são responsáveis por uma pequena parte das prescrições de todas as drogas psicotrópicas. A associação não agiu como se o manual fosse um bem público, tratando-o, em vez disso, como um produto editorial e um centro de lucro.

Os disparates do *DSM-5* provam que o diagnóstico psiquiátrico suplantou a APA – tornando-se importante demais em incontáveis aspectos da vida para ser deixado nas mãos de uma pequena organização profissional, com seu limitado conjunto de habilidades e sua falta de responsabilidade pública. Os psiquiatras sempre serão um importante ingrediente do bolo, mas a associação não deveria mais estar dando as cartas. Seu monopólio exclusivo sobre o diagnóstico deveria terminar imediatamente.

Mais uma pergunta óbvia: se a APA se desqualificou de modo permanente como guardião, quem deveria entrar em cena para cuidar disso? Lamentavelmente, nenhuma estrutura existente está pronta para assumir a

responsabilidade. O diagnóstico psiquiátrico não deveria se tornar monopólio de uma associação de saúde mental diferente – os psicólogos o arruinariam da mesma forma (ainda que por meios diferentes). O Instituto Nacional de Saúde Mental (NIMH, na sigla em inglês) tem os recursos, o poderio intelectual e a autoridade moral, mas sua ênfase e sua expertise concentram-se cada vez mais quase exclusivamente na pesquisa em ciência básica. O NIMH tem pouca preocupação, ou habilidade, em lidar com questões clínicas práticas. Seu *DSM* seria a lista dos sonhos dos pesquisadores, mas o pesadelo dos clínicos, dos pacientes e da política pública. A Organização Mundial da Saúde poderia ser uma candidata, mas o passado, em especial seu errático desempenho na criação de seu próprio manual de transtornos mentais, não inspira muita confiança. Não há outras estruturas organizacionais à disposição que estejam prontas para preencher o vazio.

Creio que o diagnóstico psiquiátrico exige e merece uma nova estrutura regulatória própria. A Food and Drug Administration é o modelo existente mais próximo. Não é tão irreal quanto pode parecer. Novos diagnósticos em psiquiatria são potencialmente mais perigosos do que novos fármacos, porque são capazes de levar a um maciço sobretratamento (com todos os efeitos colaterais possíveis), ao passo que novas drogas em geral não passam de imitações das atuais. A FDA examina novos medicamentos com razoável cuidado, mas hoje permitimos a criação de novos diagnósticos potencialmente perigosos sem antes realizar uma análise cuidadosa e independente. Mudanças no sistema diagnóstico deveriam ser submetidas a um processo de exame tão minucioso e cauteloso quanto o das novas drogas.

Mas quem deveria fazê-lo? Provavelmente uma nova estrutura amplamente interdisciplinar dentro do Departamento de Saúde e Serviços Humanos – combinando todas as profissões clínicas com especialistas em saúde mental pública, entrega de serviços, economia da saúde, criminalística e educação. Essa estrutura poderia contar com uma equipe para conduzir revisões baseadas em evidências da literatura científica – ou, talvez melhor, deveria terceirizar essas revisões a grupos independentes já existentes, que não teriam participação nos resultados. As decisões seriam baseadas em análises de risco-benefício explícitas e abertas que antecipassem possíveis consequências involuntárias e também incluíssem o impacto sobre os custos e a alocação de recursos. Os consumidores fariam parte da equipe examinadora. Tudo seria postado em tempo real e de forma completamente

transparente. Novos diagnósticos seriam submetidos à vigilância contínua para assegurar que não fossem mal utilizados e não tivessem consequências involuntárias nocivas.

Mudanças precisam ser graduais e incrementais. Não faz sentido continuar a prática de alterar o sistema diagnóstico inteiro em intervalos escolhidos de forma arbitrária. Cada diagnóstico deveria ser considerado individualmente em turnos decididos pelo surgimento de novas evidências de pesquisa. A mudança não deve ser feita só pela mudança e tem de ser apoiada por evidências sólidas e pela aprovação consensual. No futuro imediato, alterações no sistema diagnóstico provavelmente serão determinadas muito mais pelos serviços de saúde do que pela pesquisa do cérebro. A revolução da neurociência é muito mais atraente e intelectualmente estimulante, mas, exceto pelo Alzheimer, está muito longe de produzir evidências laboratoriais que apoiem as decisões diagnósticas.

DIAGNÓSTICO DEGRAU POR DEGRAU: UMA CURA CERTEIRA PARA A INFLAÇÃO

Precisamos ensinar aos clínicos de saúde mental e aos clínicos gerais uma abordagem totalmente diferente ao diagnóstico psiquiátrico. A prática atual é fazer um diagnóstico na primeira consulta, em geral baseado em informações muito incompletas obtidas em uma brevíssima entrevista com um paciente que está em um dos piores dias de sua vida (e que recentemente pode ter usado substâncias que confundem ainda mais o quadro clínico). A apresentação na segunda consulta muitas vezes é bastante diferente da primeira. Lá pela quinta ou sexta, a situação geralmente já se estabilizou e se esclareceu o suficiente para fazer de um diagnóstico acurado uma aposta bastante satisfatória. Além disso, a essa altura, muitas pessoas já melhoraram de forma natural. A primeira consulta é o pior momento imaginável para se fazer um diagnóstico definitivo, e diagnósticos feitos dessa maneira com frequência estão errados.

Então, por que os médicos rotineiramente se precipitam tanto? Por que não observar, aguardar, aprender mais, ver como a situação evolui? Resposta simples: o seguro, em muitos casos, só pagará por uma consulta se ela gerar um diagnóstico do *DSM*. É um considerável desperdício para a

companhia – além de ser arriscado para a saúde do paciente. Depois que um diagnóstico definitivo é feito, geralmente um tratamento definitivo é iniciado – e é provável que ambos sejam inúteis, nocivos e caros. Afinal, indivíduos com problemas mais leves têm 50% de chance de voltar ao estado usual dentro de algumas semanas sem necessitar de diagnóstico ou tratamento.

A melhor aposta seria que as seguradoras dos Estados Unidos fizessem o que é feito em muitos outros países: não há necessidade de diagnóstico nas consultas iniciais de avaliação. Isso economizaria dinheiro e preveniria erros. A segunda melhor e atualmente necessária solução: os clínicos deveriam subdiagnosticar e sentir-se à vontade utilizando categorias como “sem outra especificação”, que são menos propensas a carregar estigma, a transmitir uma aura de pseudoprecisão e a motivar um tratamento desnecessário.

Os clínicos terão de aprender uma nova abordagem degrau por degrau ao diagnóstico, oposta à conduta impulsiva que atualmente as seguradoras exigem e os fabricantes de remédios estimulam. O diagnóstico definitivo deveria ser feito na primeira sessão apenas se houvesse clareza e urgência. Em todos os outros casos, as primeiras várias consultas seriam para colher informações, aprender e deixar a natureza seguir seu curso. O diagnóstico só seria feito depois que a poeira baixasse. Essa é a maneira mais direta e eficaz de deter a inflação diagnóstica.¹⁷

Diagnóstico degrau por degrau

1. Colher dados preliminares.
2. Normalizar problemas: levá-los a sério, mas reformulá-los positivamente como respostas esperadas aos inevitáveis estresses da vida.
3. Espera vigilante: avaliação contínua sem pretensão de diagnóstico definitivo ou tratamento ativo.
4. Intervenções mínimas: aprendizado, livros, terapia de autoajuda assistida por computador.
5. Orientação breve.
6. Diagnóstico definitivo e tratamento.

O diagnóstico degrau por degrau tira todo o proveito dos poderosos efeitos curativos do tempo, do apoio e dos placebos. Em situações que não são urgentes, o diagnóstico e o tratamento de primeira linha devem ser os menos intensivos, “subindo um degrau” apenas quando necessário. O diagnóstico degrau por degrau tem melhor custo-benefício porque filtra situações em que o tratamento não será necessário e separa aqueles que se beneficiariam de um diagnóstico psiquiátrico daqueles que ficarão bem – ou até melhor – por conta própria. Ele proporciona uma ferramenta para defender a normalidade contra a psiquiatria, e a psiquiatria contra o sobrediagnóstico e o ridículo.

DOMANDO A MARTELAGEM

Para cada ação há uma reação – a inflação diagnóstica e o abuso de drogas prescritas saíram muito do controle, e é hora de o pêndulo se mover para um equilíbrio melhor. Existem três forças que, juntas, teriam o poder de fazer a inflação diagnóstica recuar, e quem sabe até de revertê-la. São as organizações profissionais, os grupos de defesa do consumidor e a imprensa. Até o momento, nenhuma investiu o suficiente na deflação diagnóstica, em parte porque cada uma foi astuciosa e sistematicamente cooptada pelos fabricantes de remédios. Em um mundo justo e razoável, elas estariam nas linhas de frente – combatendo, e não apoiando o trabalho de marketing das empresas. Até agora estão do lado errado da linha, mas isso pode mudar rapidamente, e elas continuam sendo a esperança para o futuro.

As guildas medievais formaram-se com dois propósitos muito diferentes, mas compatíveis, em mente: proteger seus membros da competição externa de preços e seus compradores dos produtos de má qualidade. As guildas recebiam um monopólio, mas apenas com a condição de que não abusassem dele e mantivessem sagrado o bem público. As associações profissionais de saúde mental modernas derivam das guildas, mas quebraram o pacto. Parecem inclinadas a proteger apenas seus membros e suas burocracias de pessoal, mostrando pouca estima pela preservação da qualidade ou pela defesa dos melhores interesses do público ao qual deveriam servir. Todas essas associações permaneceram notavelmente passivas em face do maciço uso excessivo de medicamentos. Nenhuma demonstrou muita oposição à recente epidemia falsa de transtorno do déficit de atenção, autismo e

transtorno bipolar infantil. A neutralidade nessas situações não é, de fato, neutra – equivale à colaboração passiva com maus diagnósticos e tratamentos inapropriados.

Deveria ser responsabilidade ética das associações profissionais fomentar um debate público aberto e bem-informado acerca de políticas de saúde mental. A visão descrente é que elas não o fazem por razões de interesse próprio – ou seja, seguir a corrente da inflação diagnóstica sempre crescente traz mais pacientes para tratar e a oportunidade de subsídios dos fabricantes de remédios. Isso pode ser parte da questão, mas acho que os problemas vão muito mais fundo e são mais difíceis de resolver do que um simples conflito de interesses financeiros. As associações profissionais são muito egoístas, sim, mas, o que é pior, não são muito inteligentes – como evidenciado pelo desastre do *DSM-5*. Burocracias paroquiais de pessoal dominam suas pautas, e elas não enxergam além de seus próprios e restritos interesses. Muitas vezes são surpreendentemente mal informadas e insensíveis ao atendimento dos pacientes e a questões de política pública relacionadas à inflação diagnóstica.

Isso pode mudar? Creio que sim. A exposição de seus extensivos laços com os fabricantes de remédios já forçou associações médicas a iniciar o processo de romper relações e recuperar a independência. Se algo de bom pode vir do *DSM-5*, será o aumento da consciência de que a maior lealdade da guilda deve ser ao público, e não aos próprios membros. Deixar de produzir qualidade significa perder o monopólio. A Associação Norte-Americana de Psiquiatria, depois de perder a bola da inflação diagnóstica com o *DSM-5*, provavelmente será mais cautelosa em sua condução no futuro. Pode até ver a luz e enfim admitir que o diagnóstico se tornou vago demais, e a prescrição de medicamentos, promíscua demais. Organizações podem mudar se seus incentivos forem alinhados ao interesse público.

Os grupos de defesa do consumidor fizeram um enorme bem ao promover a paridade da assistência de saúde mental, aumentando o financiamento à pesquisa psiquiátrica, melhorando os serviços, dando suporte e reduzindo o estigma. Infelizmente, contudo, também se tornaram lobistas fiéis, mas inconscientes (e mais críveis), de cargos em empresas farmacêuticas. Isso é duplamente problemático, pois eles são reprovados no teste da mulher de César, de estar acima de qualquer suspeita. Uma parte considerável de seu orçamento é financiada pelos fabricantes de remédios. Na Europa, a defesa

do consumidor se opõe ao uso excessivo de medicamentos, em vez de possibilitá-lo.

Também há outro conflito de interesses, mais sutil. Organizações sempre se esforçam para atrair novos membros. Quanto maior o grupo de defesa do consumidor, mais fortes serão sua voz política e seu poder financeiro. E quanto mais pessoas tiverem um transtorno, menor o estigma ligado a ele. A defesa do autismo fez maravilhas, mas um efeito colateral é que talvez metade das pessoas identificadas como autistas não tenham realmente o diagnóstico. À medida que for amadurecendo, a defesa do consumidor ficará mais ciente dos riscos do sobrediagnóstico e equilibrará melhor os benefícios de longos registros de membros e o risco de que alguns desses indivíduos inadequadamente incluídos sejam mais prejudicados do que beneficiados no longo prazo.

O jornalismo investigativo talvez seja a melhor defesa contra o frisson provocado pelos fabricantes de remédios, mas se tornou uma espécie de luxo de redação. Com muita frequência os repórteres simplesmente papagueiam os releases dessas empresas sem cavar fundo na realidade, sempre mais intrincada. Matérias incessantes promovem a falsa conclusão de que os avanços da pesquisa justificam a ideia de que todos os problemas são doenças cerebrais. Menos atenção é dada ao fato de que as companhias são muito mais engajadas e melhores em marketing e lobby político do que em pesquisa científica. O canal de novas drogas da indústria anda um tanto vazio há algum tempo, mas o fluxo do poder em Washington e nas capitais estaduais nunca é interrompido. Quando as empresas recebem multas gigantescas por atividades criminosas, geralmente o fato sai na última página ou é enterrado de uma vez.

Há algum motivo para esperança. A mídia definitivamente compreendeu os perigos do diagnóstico psiquiátrico, talvez porque o *DSM-5* foi odiosamente inconsequente e insensível à imprensa. A cobertura foi bem informada, extensa, mundial, persistente e, muitas vezes, implacável. Incrivelmente indiferente a críticas externas de grupos profissionais, o manual enfim retrocedeu em muitas de suas piores sugestões quando estas foram destroçadas na imprensa. A indústria farmacêutica também começou a apanhar mais, uma vez que o impacto de seus excessos é cada vez mais sentido pelos mais vulneráveis: crianças,¹⁸ idosos,¹⁹ pobres e veteranos que regressaram. Os escândalos da polifarmácia descontrolada e da overdose iatrogênica também estão, enfim, atraindo a atenção que merecem.

Eu esperaria uma imprensa que contestasse em vez de ecoar as forças do mercado, que monitorasse o excesso médico e farmacêutico e que encontrasse voz como defensora pública opositora da inflação diagnóstica e do tratamento excessivo.²⁰

PODEMOS DESINFLAR A BOLHA DIAGNÓSTICA?

Talvez, mas não será uma tarefa simples. É fácil iniciar a inflação econômica, porém muito difícil interrompê-la. O triste é que o mesmo vale para a inflação diagnóstica. O ímpeto por trás dela parece agora irresistível. O *DSM-5* ameaça transformar a inflação em hiperinflação. Os fabricantes de remédios não entregarão com facilidade seu forte domínio monopolista sobre um mercado vulnerável e lucrativo. Os políticos parecem estar paralisados pelas benesses dos lobistas, longe de estarem prontos para efetivar controles regulatórios apropriados. Médicos receitam automaticamente. Pacientes aceitam afirmações inocentemente. Associações profissionais ou apoiam tacitamente ou se eximem diante do uso maciço de medicamentos. Grupos de defesa do consumidor foram cooptados.

Nosso sistema diagnóstico tem de ser protegido de todos os conflitos de interesses comerciais e intelectuais – os lucros editoriais da APA, o saldo financeiro dos fabricantes de remédios, os donativos a associações profissionais e a grupos de defesa do consumidor, a ansiedade dos médicos por aceitar regalias das empresas, o amor dos especialistas por suas áreas de preferência. Precisamos tirar os clínicos gerais da psiquiatria ou ensinar-lhes como praticá-la e dar-lhes tempo suficiente para fazê-lo com propriedade.

As curas da inflação são simples e seriam imediatamente eficazes se ao menos tivéssemos vontade de colocá-las em prática. Mas como adquirir a vontade, como contrabalançar o ímpeto? O fiasco do *DSM-5* teve um impacto positivo: alertar a imprensa e o público sobre a importância de se ter um diagnóstico psiquiátrico certo e os perigos de se ter um errado. Este seria o início de um minucioso debate público e político acerca da melhor maneira de reformar o sistema diagnóstico e protegê-lo de todas as possíveis forças corruptoras. Encontrar um patrocinador melhor para o *DSM-5* seria um ótimo começo. E o evidente passo seguinte seria fazer o que o resto do

mundo faz: acabar com a propaganda direta ao consumidor. Os políticos não vão ligar para isso, a menos que o público ligue. E o público não vai ligar, a não ser que a mídia o faça. O *DSM-5* teria sido muito pior se não fosse a pressão midiática, que enfim trouxe parcialmente a liderança da Associação Norte-Americana de Psiquiatria de volta à razão. Esperemos que a mídia esteja disposta a combater a indústria farmacêutica e que a revolta e a pressão do público resultem em uma fibra política que hoje é quase inexistente. Questões diagnósticas deveriam ser decididas segundo o melhor para o paciente, e não para o médico, para a APA, para a indústria ou para o grupo de defesa do consumidor.

Podemos fazer isso. Mas será que vamos fazer?

—

CAPÍTULO 8

O CONSUMIDOR INTELIGENTE

Conhece-te a ti mesmo.

ORÁCULO DE DELFOS

No que diz respeito a ter um transtorno mental, esta é a melhor e a pior das eras. A melhor, porque há numerosos tratamentos eficazes disponíveis e numerosos clínicos competentes. A pior, porque há um excesso de sobretratamento de gente que não precisa e um excesso de subtratamento de gente que precisa – e numerosos clínicos incompetentes fornecendo diagnósticos inexatos e tratamentos inapropriados. Não se pode confiar em nosso sistema para dar uma assistência em saúde mental que funcione automaticamente bem, pois ele oferece uma mistura insana de boas e más opções, e é tudo mal-organizado. Além disso, curar a inflação diagnóstica por meio de mudanças regulatórias e profissionais dará trabalho, não será rápido e pode jamais acontecer.

Assim sendo, aonde essa combinação de oportunidade e risco nos leva? Eu recomendaria a postura cética do “cuidado do comprador” assumida por todos os consumidores inteligentes e bem-informados. Ao se iniciar um tratamento, deve-se ter o mesmo cuidado que se teria ao comprar um carro, uma casa, ou escolher amigos ou o cônjuge. A decisão de tomar um remédio psiquiátrico ou começar uma psicoterapia frequentemente muda a vida. Nunca o faça de maneira casual ou passiva.

Não se acanhe por ter de exercer um papel importante em descobrir o tratamento de que você precisa e evitar os de que não precisa. Você está acostumado a tomar decisões de consumo inteligentes e difíceis em todos os outros aspectos da vida, e essa realmente não é diferente. A gama de opções de diagnósticos e tratamentos psiquiátricos proliferou assim como todas as

outras escolhas de consumo excessivas que caracterizam a vida moderna. Existem dezenas de possibilidades quando se tem de escolher uma câmera, uma TV, um xampu e, especialmente, uma caixa de cereais entre as alinhadas naquela imponente parede do supermercado. Ter tantas opções é bom e ruim – mais escolhas, porém mais refugio. Vou oferecer dicas sobre como encarar aquilo que, de outra forma, pareceria um confuso labirinto de opções de cuidado (e de descuido), para que você descubra qual é a melhor para você.

TRABALHANDO COM O CLÍNICO

O diagnóstico psiquiátrico requer uma colaboração entre você e seu clínico de saúde mental. Ele não pode fazer isso sozinho. Não existem testes de laboratório objetivos em psiquiatria, e, portanto, não há como alguém diagnosticar seus problemas sem sua ajuda. Eis algumas coisas que você pode fazer para obter o melhor resultado. Primeiro, seja honesto consigo mesmo e com o clínico. Não é divertido ter de falar de sintomas psiquiátricos – em especial com um estranho. No entanto, um diagnóstico acurado depende integralmente de sua completa abertura e disposição para compartilhar seus pensamentos, sentimentos e comportamentos mais contrageadores. Por mais vergonhosas e chocantes que suas revelações possam lhe parecer, esteja certo de que elas fazem parte da condição humana, e o clínico já terá ouvido descrições semelhantes (assim como outras bem mais estranhas e embaraçosas) numerosas vezes. Tenha absoluta certeza de que você é muito mais crítico de si mesmo do que qualquer clínico jamais será.

A chave para o diagnóstico psiquiátrico é o autorrelato, e ele é impossível sem uma auto-observação cuidadosa e persistente. Comece a escrever um diário com a descrição dos sintomas à medida que eles surgirem. Anote em particular o tipo de sintoma, o momento em que ele apareceu, a severidade, a duração, o nível de incapacitação funcional, o nível de estresse e as coisas que o fazem sentir-se melhor ou pior. Faça tudo que puder para montar o registro mais completo possível de todos os dados passados que possam ter contribuído para seu diagnóstico presente. É especialmente importante obter cópias de todos os seus registros psiquiátricos e médicos. Até pouco tempo atrás, poderia ser difícil ter acesso a eles, mas já não é o caso. Às vezes, eles podem ser desanimadores

e/ou inexatos, portanto leia-os com força e autocontrole. Saiba também que, se houver erros, é direito seu que eles sejam corrigidos. Recebê-los costuma levar tempo e ser frustrante, por isso tê-los com bastante antecedência já lhe dá uma vantagem.

Quando os registros anteriores forem volumosos, é útil manter uma lista cronológica atualizada de todos os medicamentos psiquiátricos que você já tenha tomado – com datas, dosagens, indicações, resposta e efeitos colaterais. Tenha ainda uma lista de quaisquer outros remédios que estiver usando ou que já tenha usado. Por fim, mantenha uma lista cronológica dos nomes, telefones e e-mails de todos os clínicos de saúde mental que já tenha visitado e de quaisquer internações médicas ou psiquiátricas pelas quais já tenha passado. Manter seus próprios resumos o ajuda a pôr a situação em perspectiva e assegura que detalhes importantes não se percam. Também economiza um tempo valioso para que você e o clínico possam se concentrar de modo mais eficiente no significado do que está ocorrendo, em vez de ficar narrando tim-tim por tim-tim o histórico de eventos passados.

Nem você nem seu clínico atual devem seguir de olhos fechados as impressões diagnósticas e os planos de tratamento anteriores – talvez eles estivessem errados na época em que foram feitos ou tenham ficado datados pelos fatos ocorridos desde então. Porém, quaisquer que sejam as limitações, o registro passado quase sempre contém material que jogará uma luz sobre a situação presente. O tempo gasto em montá-lo e atualizá-lo será ricamente recompensado.

Aprenda tudo o que puder sobre o histórico de seus problemas, os conjuntos de critérios mais pertinentes do *DSM* e os diagnósticos diferenciais mais prováveis. Em certos momentos um clínico pode sentir-se ameaçado ou ficar acuado se parecer que você sabe demais. Contudo, a menos que você esteja agindo de forma insolente, provavelmente isso é um sinal de que é melhor procurar outro clínico. O melhor prognosticador de um bom resultado de tratamento é uma boa relação. Gostar do clínico e sentir que ele entende você e seus problemas não garante que ele possa ajudá-lo, mas já é um ótimo começo. Caso você não se sinta à vontade com um clínico, busque outra pessoa com quem se consultar. E lembre-se de que a colaboração é sempre uma via de mão dupla – para se obter o melhor resultado, é preciso realmente entrar de coração. É difícil ter um problema psiquiátrico, mas não tem de ser uma tragédia. Quem se utiliza de uma

abordagem pragmática, curiosa, metódica e colaborativa ao diagnóstico e ao plano de tratamento geralmente acaba alcançando os melhores resultados.

COMO TER CERTEZA DE QUE O DIAGNÓSTICO ESTÁ CORRETO?

Talvez o modo mais fácil e menos dispendioso seja verificar você mesmo o diagnóstico. Eu costumava recomendar uma consulta aos critérios do *DSM* para buscar assistência, mas tenho menos fé no *DSM-5*, pois creio que muitas de suas sugestões levarão ao sobrediagnóstico. A internet está cheia de boas informações, porém muitos sites dão claros sinais de exuberância diagnóstica, muitas vezes influenciada pelo marketing dos fabricantes de remédios. Existem muitos guias de diagnóstico psiquiátrico mais objetivos para clínicos e pacientes. Eu mesmo escrevi um cujo intuito é corrigir os excessos do *DSM-5*.¹

Os principais fatores a serem verificados são se os sintomas estão próximos da descrição do transtorno, se duraram o bastante para serem válidos, se estão gerando desconforto ou incapacitação consideráveis, e se parecem apenas uma reação temporária a eventos perturbadores ou se estão mais enraizados na vida diária. Não é preciso formar uma opinião imediata. Escreva um diário, assinale a evolução e veja como a situação se desenvolve. Caso os sintomas melhorem por conta própria dentro de um período razoável, as perguntas terão sido respondidas. Contudo, não deixe de procurar auxílio caso eles permaneçam, piorem ou continuem causando problemas.

Suponha que o clínico venha com um diagnóstico que não faça sentido diante do que você mesmo pesquisou. Ele pode estar errado, em especial se houver sido um diagnóstico a jato feito após uma breve entrevista. Ou você pode ter deixado passar algo que ele captou. Quando houver inconsistências, não tenha vergonha de pedir educadamente que ele explique a razão do diagnóstico e como ele acredita que os sintomas se enquadrem nos critérios. Clínicos diferentes muitas vezes discordam em relação a um diagnóstico, e com frequência é difícil distinguir quem está certo. A divergência é particularmente provável quando o paciente é jovem, os sintomas não são clássicos ou o problema está na fronteira com a normalidade. É sempre mais fácil ver um *ace* se a bola cai dentro da quadra do que se ela bate na linha.

Sempre que estiver em dúvida, procure uma segunda opinião com um clínico diferente, ou ainda uma terceira ou até uma quarta. E sempre veja o que sua família pensa. Segundas opiniões são particularmente úteis quando o primeiro tratamento não funciona e/ou quando há qualquer dúvida acerca do diagnóstico. Minha experiência diz que alguns clínicos fazem o mesmo diagnóstico e oferecem o mesmo tratamento a quase todos os pacientes que atendem. Outros desenvolvem um entusiasmo efêmero por um diagnóstico em especial após irem a uma conferência ou conhecerem um vendedor de medicamentos. Um número excessivo de clínicos segue a corrente do último modismo diagnóstico ou da nova droga “prodígio” que chegou ao mercado. Você pode ser uma importante força restrigente. E sempre espere que o clínico dê razões e explicações sensatas para qualquer decisão diagnóstica, questionando-o cuidadosamente caso ele não o faça. Caso ele não tenha a mente aberta, se irrite ou não seja capaz de explicar o diagnóstico de maneira que faça sentido para você, pode ser uma boa ideia procurar outra opinião.

QUE DISCIPLINA DIAGNOSTICA MELHOR?

Essa é uma pergunta que ouço com frequência. Uma variação: é importante ir a um psiquiatra para obter um diagnóstico ou posso confiar em meu terapeuta? A resposta é complexa. Nenhuma disciplina tem o monopólio de ótimos ou péssimos diagnosticadores. Na média, a educação e a habilidade no quesito seguiriam aproximadamente esta hierarquia: (1) psiquiatras, (2) psicólogos, (3) enfermeiros psiquiátricos, (4) assistentes sociais, (5) orientadores e (6) terapeutas ocupacionais psiquiátricos. No entanto, muitos dos piores diagnosticadores que conheci eram psiquiatras, e alguns dos melhores eram enfermeiros e assistentes sociais. Portanto, não se deve julgar só pelo diploma. Há mais variabilidade dentro das profissões do que entre elas. Mais uma razão para ser um consumidor inteligente e estudar as questões por conta própria para que você (e sua família) efetivamente proporcionem uma segunda opinião bem informada e um monitoramento do processo.

É especialmente difícil posicionar os clínicos gerais na hierarquia dos diagnosticadores. Alguns, com efeito, são brilhantes, porém a maioria não tem o conhecimento necessário, simplesmente é ocupada demais ou não está

nem aí. Isso é importante porque eles estão entre os maiores prescritores de medicamentos psiquiátricos. Caso seu clínico geral o conheça bem e já o tenha atendido algumas vezes antes de oferecer um tratamento, há uma chance razoável de que este faça sentido. No entanto, sempre desconfie de um diagnóstico ou de um plano de tratamento quando uma receita for dada após uma consulta de sete minutos ou caso o médico ofereça começar logo com amostras grátis. Nada é de graça, e essa decisão pode ter sido muito influenciada por vendedores de remédios e pelo desejo de dispensar você do consultório da maneira mais rápida e conveniente possível. Saiba que esses clínicos prescrevem um excesso de fármacos em geral e têm uma queda particular por ansiolíticos (como o Xanax) e antipsicóticos (como o Seroquel e o Abilify). Eu sempre buscaria uma segunda opinião antes de tomá-los.

Minha recomendação é ir a um psiquiatra sempre que seus problemas forem severos e/ou caso também apresente sintomas médicos.

O DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO É UMA QUESTÃO FAMILIAR?

Quase sempre, mas às vezes não. Faz parte da natureza humana ter vieses e pontos cegos na forma de ver tudo. E os piores vieses e os maiores pontos cegos, sem dúvida, ocorrem quando olhamos para o espelho. Até aqui descrevemos os usos do autodiagnóstico, mas devemos também reconhecer suas limitações e seus possíveis abusos.

A falta de autoconsciência é a natureza da bestialidade humana, mas pode ser um problema especial para aqueles com transtornos mentais. O *insight* gravemente debilitado é uma característica inerente a alguns problemas psiquiátricos (por exemplo, esquizofrenia, mania, depressão delirante, anorexia, demência, transtornos de personalidade antissocial e narcisista). Todavia, o *insight* também pode ficar debilitado de formas bem mais sutis em muitos dos transtornos menos severos. Você pode ser o último a saber que sua depressão (ou sua ansiedade, ou seu alcoolismo) está causando uma incapacitação significativa, e o último a querer a ajuda necessária. Lembre-se de que dois terços das pessoas com transtornos mentais graves não recebem o tratamento que poderia fazer uma enorme diferença para melhorar sua vida.

É aí que entra a família. Os entes queridos podem preencher de forma muito útil as lacunas de informação e *insight*, além de instilar o senso de urgência muitas vezes necessário antes que a pessoa busque auxílio. Com frequência, eles proporcionam a consciência diária que, de outro modo, poderia faltar na evolução dos sintomas e do impacto destes no funcionamento e nas relações do indivíduo. Por esse motivo, sempre tentei incluir a família em toda avaliação diagnóstica de novos pacientes – sempre que ela está ao alcance e disposta, e se o paciente também aceitar. Se a geografia dificultar a entrevista pessoal, o telefone e o Skype são bem melhores do que nada. Cada familiar pode trazer informações e *insights* únicos que, juntos, têm muito mais chance de levar a um diagnóstico acurado do que levariam as conclusões de uma única pessoa. Também é útil se toda a família participar do monitoramento da natureza, do curso e da gravidade dos sintomas, e se todos trabalharem a partir da mesma base de conhecimento para a implementação do tratamento.

Existem duas exceções a essa regra – situações em que o envolvimento ativo da família no diagnóstico pode não ser uma boa ideia e causar sua própria série de problemas. O mais comumente é quando ela não dá amor e não há entendimento mútuo. Em meio a uma briga familiar, rótulos psiquiátricos podem ser usados como armas perigosas. Isso vale particularmente quando a criação ou a custódia dos filhos é parte da disputa. A família tem de resolver a rixa antes que possa ser envolvida de maneira útil no diagnóstico de qualquer um de seus membros. Às vezes o tratamento bem-sucedido do indivíduo pode ajudar a reduzir o conflito (o qual pode ter sido desencadeado, ao menos em parte, pelo problema psiquiátrico). A família pode então se unir para exercer um papel construtivo.

Há uma segunda exceção. Jovens adultos que estão lutando para se tornar mais independentes podem precisar esclarecer as coisas por conta própria, sem o envolvimento dos parentes. Essas exceções, no entanto, são raras. Na maioria dos casos, a família é um ingrediente crucial do diagnóstico correto.

QUANDO UM DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO DEVE SER
REAVALIADO?

Primeiras impressões em diagnóstico psiquiátrico, como em tudo na vida, nem sempre são certas. Aqui vão três situações em que é especialmente importante considerar o diagnóstico inicial nada mais que uma teoria experimental, e não um fato estabelecido.

A primeira e mais comum é quando o plano de tratamento que tinha como alvo aquele diagnóstico específico teve um resultado insatisfatório após um julgamento legítimo (isto é, dosagem e duração adequadas). O fracasso do tratamento pode, é claro, ocorrer mesmo na presença de um diagnóstico totalmente óbvio e acurado e de um tratamento apropriado. A primeira pergunta sempre deve ser: você realmente tomou o medicamento receitado ou fez a lição de casa que o psicoterapeuta lhe passou? Um tratamento não pode ser julgado um fracasso se não tiver tido uma oportunidade justa. Porém, mesmo bons julgamentos têm um índice médio de um terço de fracasso. Isso pode requerer um novo julgamento de um tratamento alternativo para o mesmo diagnóstico. Outra possibilidade, contudo, também deve sempre ser levada em conta: a de que um diagnóstico inicial impreciso ou incompleto levou a uma escolha de tratamento imperfeita. Um diagnóstico e um tratamento abaixo da perfeição sempre devem ser considerados causas possíveis de uma resposta inaceitável ao último. Uma mudança no diagnóstico e um tratamento novo e mais apropriado às vezes operam maravilhas.

O fracasso do diagnóstico também é, com frequência, resultado de não se detectar o papel causativo ou complicador do abuso de substâncias (em especial nos pacientes mais jovens) ou de problemas médicos ou de efeitos colaterais de medicamentos (em especial nos mais velhos). Contudo, diagnósticos ignorados ou inexatos podem ocorrer, e ocorrem, por uma série de outras razões: um diagnosticador incompetente, um paciente que não dá todas as informações, um tempo de avaliação insuficiente ou situações em que a estabilidade diagnóstica é baixa. Sempre que o primeiro tratamento não funciona bem o bastante, é útil analisar até que ponto os critérios diagnósticos foram satisfeitos e se algo passou despercebido na tentativa inicial. Isso deve ser feito junto ao clínico – mas também é interessante checar tudo por sua conta e/ou procurar uma segunda (ou uma terceira) opinião.

Diagnósticos feitos pouco depois do surgimento dos sintomas psiquiátricos têm muito menos chance de ser precisos e estáveis do que os baseados em um histórico mais longo. Isso vale particularmente no caso de

diagnósticos de crianças (nas quais fatores de desenvolvimento podem levar a mudanças velozes) e de adolescentes (nos quais drogas, pressão de colegas, questões familiares e problemas do amadurecimento também podem exercer tal papel complicador). Duvide de todas, exceto das mais claras manifestações em jovens. Nem sempre se pode presumir que um “diagnóstico vitalício” (por exemplo, transtorno bipolar ou autismo) durará a vida inteira – especialmente quando foi baseado em informações incompletas, curso incipiente e sintomas ocorridos no início da vida.

O processo diagnóstico é um filme, e não uma fotografia. Jamais deveria ficar estático e congelado no tempo por uma primeira impressão. Um diagnóstico inicial é apenas isso: inicial. É uma hipótese a ser testada e desafiada pelo acúmulo de experiência. Considerar o curso dos sintomas é uma parte muito importante do processo, e ele muitas vezes só se revela plenamente com o passar do tempo. Portanto, tenha uma mente aberta e um olhar interior atento e introspectivo à progressão dos sintomas e ao que ela diz sobre o diagnóstico.

Algumas manifestações de sintomas psiquiátricos parecem saltar da página do conjunto de critérios do *DSM*. São exemplos didáticos clássicos de determinado diagnóstico que nenhum clínico experiente deixará passar e que você mesmo provavelmente detectará. Algumas são menos evidentes e exigirão uma considerável habilidade clínica para serem extraídas. E há aquelas que são, ao menos até o momento, tão confusas que ninguém, não importa o nível de habilidade como diagnosticador, é capaz de decifrar. Quanto mais prototípica a manifestação sintomática, maior (embora jamais absoluta) a confiança no diagnóstico e no tratamento apropriado. Quanto mais obscura, mais incerto o diagnóstico e mais individualizada a abordagem de tratamento. Em muitos casos, só o tempo dirá – a natureza real do transtorno se declara apenas à medida que seu curso gradualmente se desenrola.

O principal é lutar pela clareza diagnóstica, mas não impô-la além do que as evidências disponíveis permitirem. Mudar um diagnóstico no meio do percurso muitas vezes é inquietante, mas ater-se a um inexato é muito mais prejudicial. Você e seu clínico devem se sentir à vontade para testar o diagnóstico com reavaliações sistemáticas. E, quando a situação não estiver clara, aceitar que ela não é clara em vez de pular para uma conclusão prematura e inexata.

OS RISCOS DO AUTODIAGNÓSTICO

O esforço para se tornar um consumidor bem-informado também apresenta armadilhas e traz riscos. O mais óbvio é que você pode acabar se tornando um consumidor gravemente desinformado – o que pode levar ao sobrediagnóstico, ao subdiagnóstico ou ao erro de diagnóstico. É sempre prudente manter o ceticismo quanto a seu autodiagnóstico, ter a mente aberta e checar com familiares e com um profissional de saúde mental.

A causa mais frequente de sobrediagnóstico é presumir que ter um sintoma psiquiátrico (ou apenas alguns) significa ter um transtorno desenvolvido. Muitas pessoas apresentam alguns sintomas temporários ou permanentes – isso é parte da vida, e não um transtorno psiquiátrico. Lembre-se de que é preciso ter o grupo completo de sintomas num nível suficiente de severidade e duração antes de se convencer de que está sofrendo de um transtorno mental.

A causa mais comum de subdiagnóstico é a informação insuficiente. É também a mais fácil de corrigir. Tudo o que você precisa fazer é estudar mais e ser mais minucioso em sua análise de possíveis diagnósticos. O mais difícil é o subdiagnóstico gerado pela vergonha, pela negação ou pelo fato de você ser um tipo de pessoa singularmente estoica ou desesperançada. Você provavelmente terá dificuldade para superar esses fatores por conta própria, por isso tente aceitar a ajuda de pessoas queridas e de clínicos.

A causa mais provável de erro de diagnóstico é a subestimação do papel do álcool e das drogas na geração dos sintomas. Você pode não ter notado a ligação ou pode sentir o anseio ativo de negá-la por não querer enfrentar a ideia de ter que diminuir o uso. O segundo erro mais comum que leva ao diagnóstico incorreto é não perceber o fato de que sua doença médica (ou o remédio que você está tomando para ela) pode estar causando os sintomas psiquiátricos. É algo complicado e difícil de descobrir por conta própria. Solucionar isso exigirá a colaboração de todos os seus clínicos médicos e de saúde mental.

O próximo risco do autodiagnóstico é raro, mas potencialmente um tanto nocivo. Para alguns, a busca por informação pode alimentar uma espécie de hipocondria emocional. Tente se lembrar de que os sintomas isolados de transtorno mental são extremamente comuns e uma parte inescapável da vida cotidiana. Todos nós temos *flashes* eventuais de ansiedade, depressão,

déficit de atenção, perda de memória ou compulsão alimentar (e assim por diante em uma lista de dezenas de sintomas). Porém, a maioria das pessoas não sofre de transtorno mental. Se você parece ter todos os transtornos do livro, é muito mais provável que não tenha nenhum e esteja superinterpretando o manual.

Por fim, um pouco de conhecimento pode ser algo perigoso. Você pode achar um passatempo rotular não apenas a si mesmo, mas também a família, os amigos e, em particular, o chefe. Isso pode levar a palpites errados, especialmente no calor da batalha. Atirar diagnósticos como dardos pode ferir a outra pessoa e causar um círculo vicioso de golpes mútuos. No entanto, para a ampla maioria das pessoas, os benefícios do autodiagnóstico são muito superiores aos riscos.

CUIDADO COM OS MODISMOS DIAGNÓSTICOS

Se todos subitamente parecerem ter ou estar falando de um diagnóstico (seja TDAH, transtorno bipolar, TEPT ou autismo), pressuponha que exista um exagero e não entre nesse barco. Tampouco se deixe influenciar demais pelos diagnósticos de seus amigos ou por relatos midiáticos de que uma celebridade tem determinado diagnóstico ou de que um transtorno antes ignorado está sendo diagnosticado em várias pessoas que nem desconfiavam. Modas diagnósticas vêm, vão e deixam um rastro de destruição. Sempre mantenha uma postura cética em relação ao diagnóstico *du jour*.

CUIDADO COM OS FABRICANTES DE REMÉDIOS

A indústria farmacêutica fará o melhor para enganar você. Ela está no negócio de fazer dinheiro mediante a expansão de mercados e fará o que for preciso para recrutar novos clientes. As empresas recebem multas constantes por repassar de forma inescrupulosa informações falsas a consumidores e médicos, mas continuam a fazê-lo porque é muito lucrativo. Tenha especial cautela com anúncios astuciosamente criados para vender produtos jogando uma extensa rede de diagnósticos, muitas vezes pescando gente que não necessita desses produtos. Não caia nessa armadilha e não deixe que seus

filhos caíam. Trate o discurso dessas propagandas com o mesmo ceticismo saudável que teria diante da lábia de um vendedor de carros usados. E não parta do princípio de que “consultar seu médico” o protegerá dos elixires mágicos. Ele também pode estar indevidamente influenciado pelo longo e forte braço do marketing farmacêutico. Cuidado com médicos que tenham logos de fabricantes de remédios em seus blocos de notas, canetas e canecas, e que sejam permissivos com amostras grátis. Seja cético, mas não descrente. Se usada de maneira correta, a medicação pode ser muito útil e, às vezes, curativa.

Remédios herbáceos que se dizem bons para a saúde mental são ainda menos regulamentados do que os fármacos. Como esses medicamentos não são monitorados pela FDA, seus promotores podem fazer, e fazem, alegações aviltantes que não têm base alguma em evidências. Não há como saber se seus produtos são puros, seguros ou eficazes. É justo presumir que todos sejam enganações.

A internet é ao mesmo tempo a melhor e a pior fonte de informação sobre diagnóstico psiquiátrico. Escolha os sites com cuidado e ceticismo. Alguns sites são claras ferramentas de marketing dos fabricantes de remédios, ao passo que outros podem ser indevidamente influenciados de formas menos evidentes pelo marketing sutil e subliminar. Verifique os fatos duas e até três vezes antes de acreditar neles.

CURA NATURAL

O tempo e a resiliência quase sempre estão do seu lado. É provável que sintomas brandos e relacionados ao estresse sejam normais e passem sozinhos se você fizer alguns ajustes simples na vida ou na mente. Nunca é demais repetir: não pule para a conclusão de que está doente só porque está triste e ansioso. Dê a si mesmo tempo para analisar a situação e ver como a natureza segue seu curso. E tome as medidas obviamente úteis que a maioria das pessoas sabe que deveria tomar, mas não toma. Exercite-se, exercite-se, exercite-se – é uma grande cura tanto para problemas mentais como físicos. Certifique-se de que está dormindo o suficiente – a privação de sono causa sintomas psiquiátricos. Reduza ou elimine o consumo de álcool ou drogas. Conte com a família e os amigos. Busque ajuda espiritual. Descubra o que

você mais gostaria de fazer e reserve mais momentos para isso em seu dia.
 Identifique os problemas que estão causando o sofrimento e então descubra
 soluções. Descarregue todo o estresse que puder descarregar com segurança.
 Tudo isso pode soar batido e trivial, mas soluções batidas e triviais
 realmente funcionam para problemas cotidianos.

A resiliência natural e as soluções simples não terão efeito caso os sintomas sejam severos e/ou persistentes. Verdadeiros transtornos mentais precisam da atenção de um clínico de saúde mental. Não tenha medo de buscar ajuda profissional quando for necessário, mas evite-o quando não for.

CAPÍTULO 9

O PIOR E O MELHOR DA PSIQUIATRIA

Em primeiro lugar, não cause dano.

HIPÓCRATES

Um diagnóstico preciso pode salvar uma vida; um impreciso pode destruí-la. Para muitos, o dia do primeiro diagnóstico é um ponto de inflexão que terá um profundo impacto sobre como o futuro se desenrolará. Será um dia estupendo se ele for bem feito e levar a um tratamento eficaz. No entanto, se feito sem cuidado e sensibilidade pode fazer do tratamento um pesadelo sem fim. Não há melhor forma de compreender o imenso impacto do diagnóstico do que pela história de vida de pessoas que experimentaram o pior e o melhor dele. Primeiro, conheceremos os pungentes relatos de oito almas resilientes que sofreram com diagnósticos incrivelmente incompetentes e tratamentos enlouquecedores. Suas breves narrativas têm mais impacto do que uma montanha de estatísticas frias. Cada uma encontrou um modo de fugir do labirinto psiquiátrico – mas não sem cicatrizes. Além de todos os problemas práticos, é um pesadelo ter de encarar um espelho diagnóstico distorcido que reflete uma pessoa chocantemente diferente de quem você é e deseja ser.

Os clínicos presentes nesses tristes casos (inclusive eu) ignoraram o que deveria ser o primeiro e último lema da medicina: “Em primeiro lugar, não cause dano.” É doloroso descobrir quantas vidas foram prejudicadas, e muito, quando a psiquiatria foi mal praticada. O pior do diagnóstico psiquiátrico leva ao pior do tratamento psiquiátrico, e a combinação é uma receita para o desastre. As baixas são uma reprimenda viva e fundamental à área e trazem inspiração e paixão ao considerável movimento antipsiquiátrico. A psiquiatria deve aprender com seus maus resultados e levar muito a sério os ataques, muitas vezes merecidos, de seus críticos.

Minha visão, no entanto, é que a oposição monolítica à psiquiatria é indiscriminada demais em sua saraivada de críticas. De fato, parece-me igualmente impossível ser um acrítico entusiasmado legalista ou um dedicado desmascarador da psiquiatria. Ambas as posições carecem de verdade em seu extremismo unilateral. Durante minha carreira na área, encontrei muitas centenas de pacientes que, sem dúvida, foram prejudicados por ela. O início dessa experiência, há trinta anos, já me inspirara a escrever um artigo com o hipocrático título “No Treatment As the Treatment of Choice” [Não há tratamento como o tratamento escolhido]. Qualquer pessoa responsável deve criticar a psiquiatria (e apoiar a crítica de terceiros a ela) quando praticada de forma prejudicial ou alheia a sua esfera de competência.

Porém, atenção a esta importante ressalva: os terríveis erros de diagnóstico documentados a seguir não refletem, de maneira alguma, a prática geral da psiquiatria. Você está prestes a ler exemplos escolhidos porque ilustram o extremo da incompetência diagnóstica e da seleção estapafúrdia do tratamento. O movimento antipsiquiátrico, generalizado a partir dos casos mais graves, como estes, vai muito além da conta e condena toda a área. A segunda metade deste capítulo ilustra os resultados muito mais felizes alcançados pela maioria dos pacientes psiquiátricos.

Para cada paciente prejudicado pela psiquiatria, conheci dez cuja vida foi dramaticamente auxiliada, em alguns casos provavelmente salva. Há pouco tempo passei pela estranha experiência de receber dois e-mails na mesma manhã fazendo quase a mesma pergunta: como posso continuar tão entusiasmado com a psiquiatria e ao mesmo tempo ser tão crítico de algumas de suas tendências recentes e tão temeroso do impacto nocivo do *DSM-5*? A resposta veio fácil. Nosso campo é abençoado com tratamentos poderosamente eficazes (a ampla variedade de psicoterapias e medicamentos) que nos permitem obter excelentes resultados – melhores que os da maioria das outras áreas médicas. A maior parte de nossos pacientes consegue um benefício substancial, uma minoria considerável tem uma recuperação completa, outros ficam estagnados, apenas alguns pioram. Como psiquiatras, curamos sempre que podemos e proporcionamos empatia e consolo sempre que não podemos. Somos bons em escutar, cuidar e usar nossa experiência e nossa personalidade na saga privilegiada de ajudar os outros a se curar, se adaptar e se ajudar.

A psiquiatria bem-feita é alegria que permanece – um ofício útil e extremamente satisfatório. Caso contrário, é uma perigosa forma de charlatanismo. Nossa área erra toda vez que promete demais, trata demais e dá resultados de menos. Nem toda a miríade de problemas da vida são enfermidades psiquiátricas. Nem todos os transtornos psiquiátricos são “desequilíbrios químicos” ou curáveis com um simples comprimido. Não é motivo de vergonha admitir que ainda não compreendemos as causas da doença mental – o restante da medicina lida com órgãos muito menos complexos, mas as causas da maioria das moléstias físicas também permanecem obscuras. Embora tenhamos contornos gerais valiosos para orientar o tratamento, cada pessoa é única e cada regime de tratamento deve ser como um experimento de tentativa e erro para se adequar às necessidades do indivíduo. Se o paciente e o psiquiatra trabalharem e pensarem com afinco e derem o coração, em geral algo bom acontece.

A HISTÓRIA DE MINDY: O MODISMO DO SOBREDIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA NOS ANOS 1960

Temos duas histórias aqui. Primeira: uma adolescente confusa e rebelde usa drogas, é rotulada como “esquizofrênica” e é hospitalizada por dois terríveis anos. Segunda: um jovem médico participa desse caso de sobrediagnóstico e tratamento nocivo e só recupera o juízo depois que ela recebe alta. A garota é Mindy Lewis. Após se livrar do repressivo sistema de tratamento, refez-se e chegou à maturidade, tornando-se uma mulher maravilhosa e uma escritora brilhante. Vergonhosamente, eu era o jovem médico que ajudou a tornar sua vida mais difícil.

Aos 15 anos, Mindy tinha uma aparência física extraordinária: os cabelos louros compridos e encaracolados se espalhavam; o sorriso era malicioso; os olhos, desafiadores; a atitude, provocativa. Por dentro, contudo, “eu era extremamente ansiosa, insegura, autocrítica. Pensava em mim como uma pessoa ruim, fracassada, insignificante, e inventei uma persona que pudesse ser vista como ousada, porque, no interior, me sentia como se não existisse.” Mindy era uma inveterada cabuladora de aula, ficando no Central Park ao lado de outros jovens que abusavam de drogas. A mãe era incapaz de entender como a menina boazinha e comportada de rabo de cavalo se transformara em uma insone desalinhada, desleixada e viciada em maconha,

uma estranha ora silenciosa, ora desbocada, que perambulava descalça por Greenwich Village. Uma guerra instaurou-se entre elas. “Minha mãe era opressora. Deixava claro que só podia haver uma mulher adulta em seus domínios.”

Então as coisas ficaram realmente perigosas. “Voltando do colégio e encontrando o apartamento vazio, eu experimentava o armário de bebidas ou inalava um trapo embebido em produto de limpeza. Passava mal em escadarias onde garotos barras-pesadas me enchiam de barbitúricos e forçavam as mãos para dentro de minhas calças para me ‘reavivar’, e durante dias eu ficava deprimida e envergonhada.” A maconha aumentava a confusão: “Meus pensamentos se ativaram em energia sensorial – eu os via, ouvia, saboreava e sentia. Não eram sempre agradáveis. Muitas vezes acusavam: eu era feia, burra, medrosa, indecisa, um bebê, uma fraude, um zero à esquerda.”

Mindy começou a frequentar um psiquiatra, mas suas discussões não davam em nada. “Por fim, como que por desafio, ingeri um punhado de aspirinas.” A mãe a entregou à custódia do estado para que fosse admitida na celebrada unidade de pacientes internos de longo prazo do Instituto Psiquiátrico do Estado de Nova York. Isso levou a um longo e penoso tratamento baseado em um diagnóstico profundamente equivocado. O diretor do hospital vinha a ser o afamado cocriador do termo “esquizofrenia pseudoneurótica”. A ideia era maluca à primeira vista: “desvelava-se” a “esquizofrenia interna” do indivíduo, que podia ser identificada mesmo que não houvesse sintomas característicos, simplesmente porque o paciente era excêntrico e o médico era um “expert em diagnóstico”, treinado especialmente no método rabdológico do diretor. Era tudo um embuste, mas teve ampla aceitação no país inteiro na década de 1960. Eu era um médico jovem e estúpido, e acabei entrando nessa.

Mindy foi submetida ao show de horrores que era tido como tratamento na época, e eu integrei a equipe que o dirigiu. “Três vezes por dia, formávamos uma fila para ser medicados e me davam Thorazine, o remédio-padrão para psicose. Se eu tentasse esconder os comprimidos no canto da boca, a enfermeira vasculhava e então me davam um líquido amargo. Em qualquer um dos casos, o efeito era o mesmo: as drogas me deixavam pregada, sugavam minha energia, secavam minha boca e enchiam minha cabeça de desespero. Cada vez que eu engolia os comprimidos, desejava que os médicos sentissem eles mesmos os efeitos entorpecentes.” O

ambiente terapêutico era tudo menos terapêutico: “Se o paciente já não estivesse deprimido, isso trataria de deixá-lo: ficar sentado na ala da enfermaria fumando cigarros, vestindo um pijama hospitalar, sem poder sair, entorpecido pela medicação, engordando com a comida cheia de carboidratos e os efeitos colaterais dos remédios. Para quebrar a monotonia, andávamos para lá e para cá, jogávamos pingue-pongue, contrabandeávamos drogas e desabotoávamos o pijama para facilitar o acesso à exploração sexual.”

Enquanto nós, médicos, pensávamos estar “analisando a transferência” e dando aos pacientes um *insight* brilhante e uma “experiência emocional corretiva”, Mindy via de maneira diferente. “Para as garotas adolescentes, ir a uma sessão era um evento, como ir a um encontro. Eu deixava o botão de cima do pijama aberto e passava óleo de patchuli. Tentava impressioná-lo sendo o mais louca e interessante possível. A doença era a moeda local para conseguir atenção. Tudo o que fizesse ou dissesse era rotulado como sintoma, todo humor passageiro era motivo de alarme. Eu era atriz e diretora de meu próprio drama. Tentava achar a parte de mim que sabia que eu estava bem, mas meu eu saudável era uma lembrança distante. Talvez os médicos tivessem razão e houvesse algo irreparavelmente errado comigo.”

Mindy foi salva pela sra. Gould, a maravilhosa professora de inglês que dirigia o colégio e era uma das poucas pessoas sensatas que trabalhavam na unidade de pacientes internos. “Ela me via como pessoa, e não como paciente. Em suas aulas dávamos significado a nossa experiência compartilhada em literatura. Mas, acima de tudo, estava seu comprometimento para conosco, suas ‘crianças brilhantes’, e sua crença em nossa saúde, nossa inteligência e nosso espírito. Embora nunca fosse diretamente contra os médicos, ficava do nosso lado quando o resto da equipe não compreendia.”

Mindy teve mais sorte com o segundo médico, “que era ele mesmo tímido e falava sobre minha dolorosa insegurança de forma empática e reflexiva. Juntos começamos a trabalhar em prol do aumento de privilégios. Quando eu regredia, o que era inevitável, e arrumava alguma encrenca, o dr. R. lutava para que eu tivesse outra chance. Sua confiança em mim deu resultado e eu pude ir conquistando meus privilégios e sair do hospital.”

Superando obstáculos, Mindy gradualmente moldou uma vida feliz e bem-sucedida e uma carreira como designer gráfica. Mais tarde deu-se conta da ambição de ser escritora e publicou dois livros: *Life Inside: A Memoir*

[Vida interior: Memórias], em 2003, e *Dirt: The Quirks, Habits, and Passions of Keeping House* [Sujeira: Caprichos, hábitos e paixões de cuidar da casa], em 2009. Hoje ela dá oficinas de escrita em Nova York (www.mindylewis.com). Mindy não tem e nunca teve um pinga de esquizofrenia. Ela me ensinou duas grandes lições. Primeiro, teve o espírito generoso de perdoar minha tola colaboração em seu cárcere psiquiátrico. Depois, me ensinou a ver sempre o que há de fundamentalmente normal nas pessoas, e não só o que parece doença. Nós dois, de maneiras diferentes, conseguimos deixar de ser estranhos no ninho.

A HISTÓRIA DE TODD: O MODISMO DO SOBREDIAGNÓSTICO DE AUTISMO ATUAL

Com um ano e três meses, Todd era feliz e sociável, normal em quase todos os aspectos, mas ainda não falava. O pediatra exagerou na preocupação e recomendou uma avaliação mais minuciosa. Um grande erro. O teste descobriu “profundos” atrasos tanto na linguagem receptiva como na expressiva e introduziu a possibilidade de autismo ou retardo mental. “Com muita rapidez deixamos de sentir que nosso filho era uma criança feliz e normal e ficamos aterrorizados para saber o que estava errado.”

Com dois anos, Todd já falava, mas ainda não articulava frases de duas palavras. O autismo era o diagnóstico da moda na época, e o pediatra mais uma vez se preocupou demais – sugeriu uma “avaliação multidisciplinar” ainda mais elaborada em um especialíssimo centro que ficava a três horas de distância. Vale ressaltar que o menino já passara a usar frases de duas palavras, mas, só por precaução, os pais, sempre conscienciosos, preferiram seguir a orientação e manter a consulta. Outro grande erro. Todd não dormiu durante o trajeto e seu mau humor na chegada piorou quando a equipe tirou seu brinquedo favorito para que “não fosse uma distração” e o levou embora chorando para quatro horas de teste. Ele nunca fora à pré-escola e não estava acostumado a ficar longe dos pais. Todd retornou cansado, triste e desmotivado.

Os resultados do teste foram devastadores. Todd apresentava profundos atrasos em todas as áreas: fala, linguagem, motricidade fina, cognição, adaptação e até motricidade global (embora já engatinhasse, andasse e

trepassse em objetos desde muito cedo). Suas pontuações ficaram abaixo do que ele atingira com um ano e três meses. O diagnóstico: autismo clássico. O prognóstico: nefasto. Todd podia decair ainda mais, perder a fala que já tinha, nunca sair de casa e jamais frequentar uma escola normal. Foi sugerido que os pais considerassem pedir demissão para morar com Todd mais perto de um programa especializado e intensivo de quarenta horas semanais, que custaria por volta de 75 mil dólares por ano. Eles receberam instruções detalhadas sobre como se candidatar ao auxílio do estado.

“Eu sabia que as pontuações e o diagnóstico não podiam estar certos – descreviam uma criança diferente. Os avaliadores argumentaram que tinham muitos anos de experiência, eram os especialistas, e nós estávamos em fase de negação. Destaquei que Todd apresentava habilidades muito melhores em casa, mas eles responderam que ter o domínio significava apresentá-las em qualquer ambiente. Eu não queria que a negação impedisse meu filho de receber ajuda, por isso não descartei os resultados – mas não conseguia aceitá-los, pois não descreviam Todd.”

Os pais de Todd são professores, então começaram a pesquisar e descobriram que crianças pequenas devem ser testadas em uma situação confortável, e não quando estão irritadas, privadas de sono e são arrancadas dos pais. Alguns meses depois, ele voltou a ser testado em um centro diferente e teve pontuação normal em tudo, exceto em discurso receptivo, que era limítrofe. Por que tanta diferença? As novas avaliações foram muito menos estressantes, porque a mãe estava presente para acalmá-lo. Aos três anos, os resultados foram normais em todas as áreas. Aos cinco, ele frequentou a pré-escola normal com sucesso e passou na avaliação de seu distrito escolar com a observação de que não havia motivo para ele encontrar qualquer dificuldade nos estudos.

Como o primeiro grupo de especialistas o interpretou tão mal? “Sempre achei melhor tentar a terapia caso houvesse um possível problema, mas separar o processo de avaliação dos requisitos para a obtenção de serviços pode ser muito complicado. Os avaliadores que testaram meu filho em condições tão duras realmente pensavam estar nos ajudando e fazendo o melhor para ele, queriam assegurar que ele tivesse direito ao máximo de serviços possível para que tivesse a melhor chance de ficar bem. Eu queria que os serviços dependessem das necessidades de cada criança, e não de um rótulo enganoso e de um conjunto-padrão de recomendações. Para fazer o melhor por Todd, tivemos de escolher alguns serviços e recusar outros.”

Os pais haviam sido enganados e aterrorizados por “especialistas” que eram especializados em sair à caça do autismo ao menor indício de qualquer dificuldade social ou de linguagem. Receberam orientação muito melhor de outro especialista mais confiável, que entendeu o papel da diferença individual no desenvolvimento: “É como o tratamento dentário: antes era normal ter certas falhas nos dentes, desde que eles fossem saudáveis, mas agora todos devem ser alinhados e perfeitamente brancos.”

O diagnóstico de autismo, mesmo breve, teve efeitos negativos que persistiram além das preocupações iniciais: “Ainda há gente que faz suposições sobre meu filho e mostra expectativas mais baixas em relação a ele, surpreendendo-se com o simples fato de ele ser capaz de falar e se sair bem na escola. Alguns não aceitam a segunda opinião e continuamente o orientam como se ele enfrentasse desafios que não enfrenta (por exemplo, recomendam iniciar diferentes terapias, buscar dietas e acampamentos especiais, candidatar-se a auxílios governamentais em que ele não se enquadra, obter aparelhos de comunicação desnecessários, fazer terapia contra problemas sensoriais inexistentes etc.). Mesmo pessoas que conhecem toda a história às vezes falam com Todd como se ele fosse um bebê, em vez de entender como ele pode se comunicar bem com elas. Outras nos consolam dizendo que ele será igual a cientistas ou engenheiros que elas conheceram. Comentários desse tipo me fazem questionar a necessidade de um diagnóstico para quem vive bem e é bem-sucedido.”

A HISTÓRIA DE SUSAN: O MODISMO DO SOBREDIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO BIPOLAR ADULTO

Susan tem 31 anos, é feliz no casamento, mãe de dois meninos pequenos e uma professora do ensino médio que adora trilhas, canoagem e esqui. Era perfeitamente normal até o primeiro filho nascer e hoje é perfeitamente normal de novo. “Sempre soube que ia ser mãe – queria filhos meus e também adotivos. Mas nunca esperei que a maternidade fosse tão difícil quanto foi para mim.” O filho, Eric, chorava de maneira constante e desconsolada durante os primeiros seis meses. Susan passava noite e dia tentando confortá-lo, mas nada funcionava. “Eu me sentia insegura como mãe. Queria tantos filhos e não conseguia acalmar o único que tinha. Não era a mãe capaz e confiante que imaginara ser.”

Finalmente, o pediatra a encorajou a deixar que ele “chorasse até cansar”. Após uma semana angustiante, deu certo, e Eric começou a dormir a maior parte da noite. Susan, porém, continuou em um estado miserável e insone: “Não sei se estava me segurando por meu filho, ou se o fato de ele acordar o tempo todo prejudicou meus padrões de sono, mas eu ainda não conseguia ter uma noite decente. Estava completamente esgotada.” Ela tomou todas as medidas corretas de higiene do sono – nada de cafeína, dieta cuidadosa, exercícios durante o dia, rotina relaxante de sono à noite –, mas continuava fora de sincronia. Com medo de que fosse depressão pós-parto, foi a um médico que receitou Prozac, Xanax, Ambien e Lunesta – tudo no espaço de cinco semanas. O coquetel de drogas piorou a situação. “Eu me lembro de chorar e de dizer adeus a Eric – não porque quisesse me suicidar, mas porque achava estar morrendo.”

Susan então pediu para ir a um psiquiatra. “Próximo do fim da sessão, a dra. A. disse de maneira muito despreocupada: ‘Acho que você é um pouco bipolar.’ Fiquei chocada e comecei a chorar. A dra. A. explicou o raciocínio: eu havia piorado com antidepressivos, não conseguia dormir e tinha um pequeno histórico familiar de bipolaridade. Ela receitou dois antipsicóticos atípicos: Abilify e Seroquel.”

A família e os amigos de Susan não acreditavam no diagnóstico. Ia completamente de encontro à experiência deles – nunca houvera um traço de bipolaridade nela. Susan leu livros e sites sobre transtorno bipolar e também não conseguia se ver nas descrições. “Não engolia aquele diagnóstico, mas confiei na médica.”

Não deveria ter confiado. Sem dúvida, a médica tinha boa intenção, mas estava redondamente enganada – ao atirar sem pensar, errou o alvo. Assim como a “esquizofrenia” fora o modismo dos anos 1960, o transtorno bipolar recentemente explodiu como o diagnóstico *du jour* – empurrado de maneira agressiva pelo marketing ilusório dos fabricantes de remédios. A dra. A. se deixara levar e estava vendo alguém “um pouco bipolar” onde não havia. É assim que os modismos funcionam. Com certeza, a doutora teria sido mais cuidadosa se houvesse previsto o mal duradouro causado por seu erro de diagnóstico.

A primeira baixa foi a autoestima de Susan: “Tive de lutar com essa nova parte de minha identidade. Já não me sentia normal. Que loucuras eu havia cometido? Os outros deviam ter notado, já que a dra. A. levou apenas alguns minutos para detectar. Temi o dia em que meu filho descobrisse. Ele merecia

uma mãe melhor, normal – um dia ele iria perceber que ele também não era normal.” E como ela poderia engravidar novamente? Interromper a medicação poderia levar a uma recaída no “transtorno bipolar”, e mantê-la, prejudicar o bebê.

Por sorte, a dra. A. se aposentou. O novo psiquiatra foi extremamente cético quanto ao diagnóstico, comentando que ela achava todo mundo “um pouco bipolar”. Susan foi aliviada de um fardo psíquico e libertada de toda a medicação desnecessária. Logo voltou a engravidar e teve um menino do qual não teve dificuldade para cuidar. A depressão pós-parto não retornou.

Era para ser um final feliz, mas não é. O diagnóstico de bipolaridade recusa-se a morrer, continua nos registros e ainda assombra a vida de Susan. Primeiro, foi o seguro de vida que ela queria, para proteger os filhos caso algo lhe acontecesse. Ela foi rejeitada por quatro seguradoras e descobriu que bipolares são tidos como arriscados. Depois ficou sabendo que não podia adotar uma criança. Susan e o novo marido eram os candidatos ideais – tinham um casamento amoroso, empregos estáveis, residência fixa; eram bem-educados, altamente motivados, moderados e compassivos. “Embora tudo estivesse a nosso favor, descobrimos que nunca tivemos chance por causa do diagnóstico.”

As regulamentações de direitos dos pacientes exigem que diagnósticos equivocados sejam corrigidos, mas até o momento o hospital tem se recusado a admitir o erro, apesar das notas de outros psiquiatras atestando firmemente que Susan não é bipolar. Ao menos uma nuvem se dissipou: “Quando meu psiquiatra disse pela primeira vez que sou a melhor mãe para meus filhos, fiquei sem palavras. Tenho imperfeições, mas sinto-me grata e orgulhosa de ser a mãe de meus dois pequenos milagres. E vou continuar brigando para ter os registros corrigidos.”

Há muitas lições aqui. Modismos levam a diagnósticos descuidados. Os clínicos deveriam rechaçar os modismos, e não juntar-se a eles. Diagnósticos errados podem causar danos persistentes sem data de validade automática. Quase sempre é melhor subdiagnosticar do que sobrediagnosticar. E os médicos jamais deveriam julgar pela aparência recomendações dadas por representantes de vendas de empresas farmacêuticas.

A HISTÓRIA DE LIZ: O MODISMO DO SOBREDIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO BIPOLAR INFANTIL E TDAH

Liz tem 23 anos e é uma pessoa de modo geral feliz, que embarcou em uma vida de serviço público, viagens constantes e relações afetuosas. “Tenho meus altos e baixos, como todo mundo, mas não acho que isso me torne particularmente louca. Entre poder dizer e acreditar de fato nisso, passou um longo tempo.”

Liz foi uma criança difícil – hiperativa e dada a pirraças e disputas de poder. Aos cinco anos, testes neuropsicológicos revelaram Q.I. alto – mas a discrepância entre as pontuações verbal e de desempenho foi considerada como uma evidência de transtorno do déficit de atenção e dificuldade de aprendizagem. A Ritalina melhorou sua caligrafia, mas causou perturbadores efeitos colaterais: um tique semelhante a uma tosse, compulsões e depressão.

“Aos seis anos, às vezes eu ia até a cozinha e segurava uma faca de açougueiro na garganta, não pensando em realmente me matar, mas contemplando o que aconteceria se fizesse isso. Quando admiti para minha mãe, ela me levou ao dr. Y., um especialista em transtornos de conduta e bipolar infantis de uma famosa faculdade de medicina.”

Após uma brevíssima consulta, o dr. Y. prescreveu Zoloft. “O que veio em seguida foi uma saga interminável e violenta que ainda acho exasperante e bizarra – é inacreditável um psiquiatra de alto nível submeter uma criança pequena a experiências tão traumáticas e desnecessárias. A Ritalina destinada a conter o TDAH causou depressão, então receitaram Zoloft, que piorou o TDAH. Em vez de retirarem o Zoloft ou tentarem outra coisa, a dose de Ritalina foi aumentada, o que agravou a depressão, e assim a dose de Zoloft também foi elevada.”

A perseguição irrefletida aos efeitos colaterais, com doses crescentes de medicação, tornou a conduta de Liz cada vez mais errática, incontrolável e selvagem. “Saltei do carro enquanto minha mãe dava ré da entrada da casa. Quebrei um vidro e tentei andar sobre os cacos. Aquela não era eu – nunca havia demonstrado comportamentos tão claramente insanos, nem antes nem depois. Mas tinha apenas sete anos, e as altas doses de duas drogas poderosas foram demais para mim.”

Por orientação do dr. Y., Liz foi tirada da escola e posta em uma programação diurna aterradora. Reagiam de maneira punitiva a seus

comportamentos desafiadores movidos pelas drogas, o que a tornava mais desafiadora. “Minhas lembranças mais vívidas são de ser arrastada chutando e gritando para uma pequena sala branca trancada com paredes acolchoadas. Se eu não me sentia louca antes, isso com certeza deu conta do recado.”

Após alguns dias, os pais de Liz sabiamente a resgataram do programa, interromperam a medicação e a puseram de volta na escola. Sua conduta melhorou, mas as brigas relacionadas aos deveres de casa e à disciplina persistiram e se agravaram à medida que ela foi entrando na puberdade. O dr. Y. foi consultado mais uma vez – sua reputação nacional superando as dúvidas quanto aos efeitos negativos de suas intervenções anteriores. O novo diagnóstico foi transtorno bipolar infantil, uma invenção amplamente popularizada pelo dr. Y. e seus colegas na famosa faculdade de medicina. Disseram aos pais de Liz que antipsicóticos poderiam ser úteis e prescreveram não apenas um, mas dois combinados. Felizmente, os pais não tiveram coragem de dar a ela os remédios, e Liz se recusou a continuar sendo medicada.

“Embora tenha continuado a brigar com meus pais e professores com bastante regularidade, tinha uma boa quantidade de amigos e tirava boas notas. Quando cheguei ao ensino médio, era uma adolescente temperamental e angustiada, não diferente da maioria dos estudantes. Forcei-me a pegar as matérias mais puxadas e depois fiquei lutando com a carga de trabalho impossível. Minhas dificuldades acadêmicas e a pressão que eu me impunha me tornaram bastante infeliz. Após muito debate, fui convencida por minha mãe a procurar novamente o dr. Y.”

Mais um desventurado triunfo da fé indevida sobre a experiência infeliz. Em questão de minutos, o dr. Y. estava recomendando entusiasticamente dois novos medicamentos. “Eu havia tido problemas demais com remédios e me recusei a tomar mais. Depois que me formei no colégio e saí de casa, nunca mais passei por tantas dificuldades como antes. As complicações da infância não teriam sido tão problemáticas se as coisas não precisassem ser tão estruturadas e rígidas – o que não tinha nada a ver comigo. Não duvido de que tenha TDA, mas posso viver com isso. As cicatrizes mentais deixadas pelos médicos, que tentaram curar minhas dores do crescimento com medicação, podem nunca ir embora totalmente. Eles me fizeram sentir anormal quando eu era jovem e ainda estava me desenvolvendo. Por ironia, é minha própria obstinação, a qual eles tentaram curar, que me permitiu

deixar para trás essas experiências e levar uma vida plena e ‘normal’, o que quer que isso signifique.”

A HISTÓRIA DE BROOKS: O MODISMO DO SOBREDIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO ESQUIZOAFETIVO

No penúltimo ano do ensino médio, Brooks teve um período de seis meses de tristeza. Após alguns minutos de conversa com o médico da família, recebeu o diagnóstico de “depressão clínica”, e a medicação foi iniciada. “O impacto do rótulo caiu sobre mim como uma tonelada de tijolos. Desenvolvi um forte ódio próprio pelo que parecia ser meu cérebro frágil e defeituoso.”

Oito meses e numerosas tentativas fracassadas de antidepressivos depois, Brooks ainda experimentou o fardo de um episódio maníaco, provavelmente alavancado, ao menos em parte, pela medicação. “Eu sentia que estava aqui por uma razão muito especial e que faria *grandes* coisas. Quando fui diagnosticado com transtorno esquizoafetivo, foi algo que realmente não entrou em minha cabeça. A linha entre realidade e ficção ficou um tanto borrada.”

Os registros hospitalares afirmam que Brooks tinha crenças delirantes sobre a decodificação de uma mensagem para salvar o planeta e planejava escrever um livro sobre cura para compartilhar com hospitais da cidade. Os pensamentos delirantes dissiparam-se ao longo do ano seguinte e os médicos enfim estabeleceram o diagnóstico mais acurado, e muito menos estigmatizante, de transtorno bipolar. Todavia, o impacto psicológico da troca de rótulos e da constante alteração de tratamentos foi excruciante. “Eu acreditava estar errado, ponto final, e que todos os outros estavam certos.”

Durante vários anos, Brooks continuou sentindo um pavor severo, uma ansiedade paralisante, dor emocional e a impressão de estar desconectado dos amigos e da família. Teve medo de que os numerosos medicamentos houvessem reordenado sua química cerebral, pondo-o em uma rota de colisão que só poderia se tornar cada vez pior. Seu dilema forçou a decisão de ou cometer suicídio ou comprometer-se a encarar a batalha com a cara e a coragem.

“Havia uma faísca imperecível no meio de minha alma que dizia ‘não’. Eu era dono da minha própria vida e tinha de decidir por mim mesmo o que é normal e o que não é. Recusei-me a viver sem um sentido.” Brooks começou a estudar a fundo a terapia cognitivo-comportamental e criou suas próprias técnicas customizadas para analisar seus estados emocionais e cognitivos. Agrupou-os no que ele chama de “A lente”. “Sabia que algo estava incrivelmente errado nas lentes metafóricas que moldavam minhas perspectivas, minhas crenças e meus estados emocionais, e me dispus a corrigi-las para ser capaz de enxergar com clareza e me recuperar.”

Deu certo. Utilizando “A lente” e outros métodos nos últimos 12 anos, ele pôde definir a vida que desejava e sentir-se bem o bastante para correr atrás dela. Tornou-se cineasta, começou a falar publicamente sobre suas experiências e incluiu diversas metáforas de sua jornada através da psicose em seu primeiro longa-metragem, *Kenneyville*. A intenção de escrever o livro também era séria. Agora intitulado *A lente*, está perto de ser concluído. “É claro que há os altos e baixos da vida, mas consegui escapar do medo intenso, da paranoia, da tristeza e da ansiedade que sentia antes. Sou grato por tudo em minha vida, incluindo essa jornada. Ela me tornou muito mais forte e aumentou meu senso de conexão comigo mesmo e com os outros.”

BOB E SARAH: CONFUNDINDO LUTO COM DEPRESSÃO

O filho de Sarah, Bob, de 33 anos, cometeu suicídio tomando uma combinação de antidepressivos e remédios para dormir. Os comprimidos haviam sido prescritos de maneira casual e monitorados sem cuidado durante um período de oito meses por um médico que só vira Bob algumas vezes, por um total de cerca de trinta minutos, e nunca sequer perguntara o que estava ocorrendo em sua vida. Bob ficara desconsolado enquanto enfrentava uma separação dolorosa e demorada e uma batalha difícil pela custódia dos filhos. Precisava muito de orientação para lidar com o estresse emocional e com os problemas práticos, mas nunca lhe ofereceram isso. Tudo o que recebeu foram doses crescentes de comprimidos inúteis em combinações variadas – que se tornaram o veículo que ele utilizou para acabar com a própria vida.

Sarah havia observado o sofrimento de Bob evoluir e tivera a premonição de que tudo acabaria de forma desastrosa, mas seus inúmeros esforços para ajudá-lo não surtiram efeito. Estava compreensivelmente arrasada: “Fiquei entorpecida, em um estado onírico, chorando o tempo todo, sem conseguir dormir, comer, me concentrar, trabalhar. Nunca percebi como minha vida era ótima até perdê-la. Minha família não foi capaz de ajudar – meu pai é um católico fervoroso e se afastou de mim; minha irmã voltou a beber.”

Passou duas semanas em um luto profundo, em estado de choque. Os amigos sugeriram que ela procurasse um médico, alegando que isso a ajudaria a espantar a dor e a seguir em frente. Após uma breve entrevista, o doutor explicou que ela estava clinicamente deprimida e receitou Lexapro, além de uma consulta de acompanhamento trinta dias depois. “Eu disse a ele que meu filho havia tomado Lexapro e o usado para se matar, e ter de tomar remédios me deixava ansiosa, porque vi como Bob havia reagido mal a eles. O médico foi clínico, ignorando meus temores e meu pesar. Eu precisava de alguém que me entendesse e compartilhasse a dor que eu estava sentindo, e não que pusesse um frio rótulo médico nela.”

Sarah tomou os comprimidos por duas semanas e piorou muito. Ficou agitada e tinha vontade de se matar para ter alívio e se juntar a Bob. O médico afirmou incorretamente que não podia ser efeito colateral do remédio. “Ele disse que os sentimentos suicidas eram psicológicos e passariam se eu continuasse a medicação durante pelo menos trinta dias. Parei de tomá-la imediatamente. Isso acabou com os sentimentos suicidas, mas não com o sofrimento e a saudade de meu filho.”

Sarah teve de descobrir por conta própria do que precisava para continuar vivendo. “Busquei orientação psicológica, me tornei ativa em grupos de apoio ao luto, encontrei consolo na devoção à minha fé e minha igreja, pratiquei ioga e me atirei na atividade física, no trabalho e na ajuda aos outros em minha comunidade. Meu filho também tinha um filho, e acredito que o amor e o apego de Jason por mim ajudaram a salvar minha vida. Continuo vivendo e sempre viverei todos os dias com o luto, mas pelo menos me sinto viva e, depois de dois anos, sou capaz de sentir alegria e rir novamente.”

A HISTÓRIA DE MYRA: MEDICAMENTOS PRESCRITOS PIORAM A SITUAÇÃO

Myra, uma documentarista, foi convidada para uma oficina de artistas onde conheceu Jane, uma escritora. Quando começaram a falar sobre o transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) de Jane, Myra sentiu medo de que tivesse o mesmo problema. “Eu estava fazendo terapia contra depressão com uma experiente psicoterapeuta e nunca havia tomado nenhuma medicação. Mas, enquanto Jane descrevia o TOC, meus ouvidos despertaram. Eu também sou assim! Aos quatro anos, tinha o hábito de me balançar ouvindo música para pegar no sono, e ele se alastrou no que parecia uma compulsão sempre que arrumava um namorado novo, precisava entregar um trabalho ou tinha alguma tarefa intimidadora. E ficar pensando o tempo todo naquele namorado idiota parecia uma obsessão. Sem dúvida, eu tinha TOC.”

Myra agendou uma consulta com o psiquiatra de Jane, que se julgava um especialista em TOC e rotulava (mal) muitos pacientes com ele. Logo, os diagnósticos, os medicamentos e os efeitos colaterais começaram a se empilhar em uma mistura sem nexos. O dr. Z. confirmou cheio de confiança que Myra tinha TOC, e ainda acrescentou que ela podia ter vestígios de transtorno de personalidade limítrofe (TPL). Receitou um antidepressivo que a ajudou a sentir-se menos deprimida, mas que também a deixou nervosa, irritável e hiperativa. Para lidar com esse efeito colateral, o dr. Z. prescreveu um antipsicótico que a acalmou, mas que também a nocauteou, provocou salivação e visão dupla e a fez sentir-se como um zumbi.

“Eu contava ao psiquiatra sobre os efeitos colaterais e ele sempre mudava alguma coisa. Ritalina para me despertar. Seroquel para me fazer dormir. Diminuía o Geodon, talvez, ou até aumentava, dizendo-me que, ironicamente, ao se aumentar a dose, às vezes é possível contornar os efeitos colaterais. E se adicionarmos Abilify ou Risperdal? Em geral adicionava, era raro subtrair. Toda essa medicação, e todo esse raciocínio estranho, durante os anos seguintes. Com o cérebro aturdido e rodando naquele período, era difícil manter o controle.” À medida que a situação piorava, o dr. Z. decidiu que Myra tinha transtorno bipolar tipo II e acrescentou mais um medicamento.

A psicoterapeuta foi cética. Não via indícios de TOC, TPL ou transtorno bipolar. Preocupava-a o fato de o dr. Z. nunca ter pedido sua opinião acerca do retrospecto e dos sintomas de Myra ou retornado suas ligações perguntando a razão dos diagnósticos, que não faziam sentido, e dos medicamentos, que causavam tantos efeitos colaterais e pioravam tanto a situação. “Eu sabia que precisava escolher entre a terapeuta e o psiquiatra.

Parecia uma criança cujos pais estavam se divorciando – no fogo cruzado entre duas teorias sobre o que havia de errado comigo. Com o abandono do Celexa e o aprofundamento da depressão, sentia que precisava me agarrar a alguma espécie de corda. Estava em parafuso, tendo pensamentos suicidas, não conseguia dormir à noite nem ficar de pé durante o dia. Não parava de pensar em todos os erros que já cometera na vida, todas as oportunidades de tomar decisões diferentes, reprisava o tempo todo imagens do passado e lembranças ruins, como um filme em *loop* infinito. Não tive escolha senão continuar seguindo o psiquiatra.”

Uma escolha nada sábia, mas compreensível. Myra estava desesperada por alívio, e o dr. Z. sempre tinha uma nova sugestão: isso para acalmá-la, aquilo para acelerá-la. Uma perseguição ininterrupta aos efeitos colaterais com remédios que causavam ainda mais efeitos colaterais. Felizmente, a história tem final feliz. Myra foi a outro psiquiatra, que gradualmente retirou os diversos medicamentos que ela tomava. Ela continua apenas com pequenas doses de Lamictal e Wellbutrin, sem efeitos colaterais.

“Se funcionam, não tenho ideia, mas tenho muito medo de tentar viver sem eles. Felizmente, com muito menos remédios, nunca mais tive pensamentos suicidas – apenas algumas depressões breves relacionadas ao tempo vago dos períodos de desemprego, normais para quem trabalha com cinema e TV. Nunca mais vou deixar que me deem um coquetel maluco de drogas, e ninguém desde o dr. Z. concordou com os diagnósticos de TOC, bipolaridade ou personalidade limítrofe. Hoje me valho dos exercícios, dos amigos, da meditação, da nutrição e das vitaminas, e gostaria de retornar à psicoterapia se tivesse mais recursos e uma agenda estável. Tenho medo de profissionais que chamam tudo de transtorno e prescrevem medicamentos desnecessários.”

Apesar de tudo, Myra se agarrou ao trabalho como a um bote salva-vidas, resistiu aos efeitos colaterais e alcançou grande sucesso profissional. Uma bolsa permitiu-lhe rodar um documentário selecionado para o festival de Sundance. Hoje ela é uma cineasta muito procurada que consegue manter um fluxo regular de trabalho em uma indústria muito competitiva. E uma consumidora muito mais sábia de diagnósticos e tratamentos psiquiátricos.

A HISTÓRIA DE MARIA: IGNORANDO O ABUSO DE DROGAS

Maria teve uma infância desafiadora devido à tempestuosidade dos pais. “Meu pai era um homem determinado, de origem humilde, com temperamento curto e pouca paciência para ‘mulheres emotivas’. Infelizmente, minha mãe era uma mulher muito emotiva e frágil, que tinha depressão crônica.” A ausência de ambos era frequente – ele, trabalhando; ela, com seus colapsos mentais periódicos. O caráter difícil do primeiro e a instabilidade da segunda tornaram o casamento impossível. Quando Maria tinha oito anos, eles se divorciaram e travaram uma árdua batalha pela custódia da filha, que o pai resolveu de maneira abrupta ao levá-la para morar com ele em outro país. Ela só reencontrou a mãe vinte anos depois. Um psicólogo que a avaliou para uma audiência descreveu-a como bem-ajustada e carinhosa, apesar de todos os problemas. O pai contratou uma série de babás “que acabaram praticamente me criando”.

Na adolescência, Maria teve experiências com drogas: primeiro, maconha; depois, LSD e anfetaminas. Seu comportamento tornou-se mais errático, e seu desempenho no colégio se deteriorou. “As drogas me davam uma sensação de segurança e alívio em relação à tensa situação doméstica.” Após o ensino médio, ela saiu de casa, arranhou um emprego em tempo integral e se matriculou em uma faculdade comunitária.

“Aos vinte anos, comecei a ter dificuldade para dormir e me sentia esgotada. Fui a uma médica que diagnosticou depressão após uma consulta de 15 minutos. O diagnóstico reafirmou que havia algo ‘errado’ comigo lá no fundo, mas ter um nome para isso me reassegurou de que não era minha culpa.” A médica prescreveu de forma tão descuidada quanto havia diagnosticado – nenhuma consulta de acompanhamento, apenas entrar em contato para novas prescrições. “No primeiro dia em que usei meio Paxil, pareceu metanfetamina. Durante a aula não conseguia fazer as pernas pararem de tremer e tinha a ansia quase incontrollável de me levantar e correr o mais rápido que pudesse. Acordava sobressaltada no meio da noite, coberta de suor e temendo pela minha vida. Buscando uma droga ‘calmante’ para contrabalançar a agitação, usei heroína pela primeira vez – uma droga abundante no círculo de artistas e músicos que eu frequentava. O uso casual evoluiu para um hábito diário, e eu também abusava de medicamentos prescritos sempre que conseguia pôr a mão neles: Xanax, Klonopin, Valium, Vicodin e Dilauidid.”

Maria foi a um psicólogo que administrou uma série de testes para estabelecer um diagnóstico. “Ele disse que eu sofria de ‘depressão crônica’

e ‘transtorno de ansiedade generalizada’. Mais uma vez, isso me reconfortou imensamente. Não era culpa minha ser tão maluca! Não questionei como o uso de drogas ou mesmo as questões não resolvidas (e muito reais) em minha vida podiam ter afetado o resultado dos testes.” Ela foi mandada a um psicofarmacologista. “As consultas duravam cerca de dez minutos. Ele ficava me dando mais remédios. Como usuária de drogas, fiquei em êxtase porque agora tinha a receita para algo que já tomava recreativamente. Mas as coisas em minha vida pioraram.”

Ninguém identificou o uso de drogas de Maria como o problema fundamental, e ninguém fez tentativa alguma de ajudá-la a parar. Em vez disso, só acrescentavam novos diagnósticos e atiravam novas drogas à confusa mistura. Quando ela não respondia a um comprimido, o diagnóstico era alterado, e um medicamento diferente era tentado. Logo ela foi pronunciada bipolar, e foram receitados ainda mais remédios. “Eu estava tomando uma mistura de muitas drogas ilícitas e legalmente prescritas, e comecei a me sentir muito deprimida. Tinha muita dificuldade para me levantar de manhã, abandonei os estudos e, pela primeira vez desde os 14 anos, fiquei sem emprego. Já não atendia ao telefone, minhas janelas estavam sempre fechadas, e meus dias consistiam em sair de casa somente para comprar drogas e ficar sentada vendo TV. Meu estado era de adição total, eu manipulava o psicofarmacologista para obter remédios – em especial Klonopin, que tinha um efeito prazeroso e imediato de relaxamento. Se mencionasse problemas de sono, sempre conseguia fazê-lo prescrever mais drogas ‘divertidas’.”

Quem precisa de um traficante quando se tem um médico excessivamente complacente, que nada mais é que um empurrador de comprimidos? Maria estava viciada: “Se me sentia tão mal *com* os medicamentos, a que ponto chegaria se os abandonasse? Minha vida estava cada vez mais caótica e improdutiva. Perdi a esperança.”

Nada funcionava, e o psiquiatra recomendou que ela fosse mandada para uma instituição psiquiátrica fechada. Disse ao pai de Maria que a condição dela era genética e permanente, que sempre exigiria cuidado médico intensivo e medicação, e que ele deveria “deixá-la ir”. Uma consulta a um psiquiatra diferente confirmou os diagnósticos anteriores e conseguiu adicionar outros três: transtorno obsessivo-compulsivo, personalidade limítrofe e personalidade passivo-agressiva. “Eu tinha 24 anos, pelo menos

oito diagnósticos, tomava 15 comprimidos por dia e parecia um caso totalmente perdido.”

Por sorte, o pai, um bem-sucedido empresário especialista em resolver problemas difíceis, não aceitou que os médicos lhe dissessem que não havia solução. Arranjou uma vaga para a filha em um programa de longa duração em uma comunidade terapêutica especializada em adições. “Eu tinha certeza de duas coisas: de que precisaria continuar sendo medicada e de que sairia daquela instituição dentro de alguns meses.”

Ambas as previsões estavam erradas. Maria parou de usar drogas de rua, gradualmente se livrou das prescritas e se manteve firme no programa. Era incrível como se sentia bem. “Como era estranho poder ser normal. Períodos difíceis e felizes vão e vêm, assim como na vida de qualquer pessoa. Mas aprendi a aceitá-los como parte da vida. Doze anos se passaram, hoje estou com 37, com um trabalho gratificante e um homem maravilhoso ao meu lado. Com frequência me ocorre: e se meu pai tivesse desistido, dado ouvidos aos profissionais? Onde eu estaria? Também acho que tenho sorte de a mistura de drogas prescritas e ilícitas não ter me matado. Ao contrário daquilo em que sempre acreditei, ao contrário do que os psiquiatras me disseram, me tornei normal quando me libertei das drogas de rua e das que eles haviam me receitado.”

CAPÍTULO 10

EQUILIBRANDO O MAU E O BOM

Onde quer que a arte da medicina seja amada, há também amor à humanidade. Curar às vezes, tratar frequentemente e confortar sempre.

HIPÓCRATES

Este segmento é dedicado a fornecer apenas alguns lugares-comuns que ilustram os êxitos diários da psiquiatria – um equilíbrio muito necessário para colocar seus fracassos e suas injúrias eventuais no contexto apropriado.

A HISTÓRIA DE ROBERTA: ANIMAIS DE ESTIMAÇÃO A MANTIVERAM VIVA; OS COMPRIMIDOS CURARAM SUA DEPRESSÃO

Roberta é uma professora de inglês do ensino médio que tem 58 anos e se descreve jocosamente como “uma solteirona, uma velhota e uma bruxa, no melhor sentido de cada uma dessas palavras”. Mas não está sozinha na vida. Tem muitos bons amigos, mora na adorada casa onde nasceu, e vive cercada por seus amados bichinhos de estimação: um porco, três cachorros, quatro gatos, uma iguana, oito galinhas e doze pássaros canoros. O pai morreu subitamente quando Roberta tinha apenas oito anos, e a mãe, há três anos, depois de uma longa doença que exigiu muitos cuidados. Roberta sempre manejara todos os estresses da vida com enorme graça e um contagiante bom humor.

Seus problemas psiquiátricos foram uma total surpresa e tiveram início quando o irmão vendeu as joias e as prezadas antiguidades da mãe para comprar um barco – fazendo-o sem consultar, sem pedir permissão e sem se

desculpar. Ela não conseguiu perdôá-lo nem esquecer o golpe na relação entre os dois. Ele era seu melhor amigo e único familiar remanescente. “Senti-me sozinha – e agora entendia por que Dante havia reservado o círculo mais baixo do Inferno aos que traem a confiança. Fiquei atônita e entrei em uma espiral de profunda depressão.”

Roberta chorava constantemente e não conseguia comer, dormir, concentrar-se, falar com os amigos ou sorrir. Sair da cama era uma luta. Cada dia na escola parecia uma tortura e durava uma eternidade. Ela ficou agitada, com um “horrível embrulho no estômago” que arruinou suas horas acordada e revirou seu sono. “Quanto mais eu afundava, mais queria morrer. Um dia estava na lavanderia e comecei a me arrastar no chão, rezando pela morte. Dizem que não há ateus nas trincheiras. Talvez se possa dizer o mesmo dos profundamente deprimidos. Ficava andando de um lado para o outro em casa.”

Ela conheceu uma carismática terapeuta que corretamente diagnosticou a depressão. “Mas ela parecia não compreender a profundidade de minha dor. Eu precisava de alguém disposto a fazer algo por mim *imediatamente!* Não só conversar.” Então as coisas ficaram perigosas. “Nesse momento eu estava à beira do suicídio. Só chegava ao fim do dia dizendo a mim mesma que sempre podia ir para casa depois do trabalho e tomar uma overdose de remédios para o coração. Isso me dava um sentimento de paz – eu podia acabar com aquela desgraça quando precisasse. A única coisa que me mantinha viva era abraçar meus bichinhos e não suportar a ideia de abandoná-los. Vida ou morte era uma decisão diária. Os amigos acudiam e me davam um apoio maravilhoso. Mesmo assim, a depressão e a sensação de isolamento continuaram e se tornaram ainda piores. Pensei que nunca iria melhorar.”

A história de Roberta tem final feliz. Um amigo que também tivera depressão convenceu-a a ir a uma médica. “Ela receitou um antidepressivo e disse que levaria semanas para eu notar a diferença, mas assegurou que eu melhoraria.” Oito semanas, quatro consultas e três aumentos de dose depois, Roberta de fato começou a se sentir melhor e logo se recuperou completamente. “Um dia, em uma reunião na escola, fiz um comentário engraçadinho para uma amiga que estava sentada a meu lado e ela respondeu: ‘Você está de volta!’ Estava. Eu era capaz de rir e brincar outra vez. Meu apetite por comida e pela vida retornara, e deixei de sentir aquele embrulho no estômago. Conseguia ver as coisas de maneira mais objetiva e

fazer planos. Em retrospecto, a combinação dos meus animais de estimação com o carinho dos amigos e a medicação me devolveu à normalidade. Tenho minha vida de volta e sou muito grata. Agora, o medo é de que um dia, por alguma razão, a depressão reapareça. Nunca mais quero sentir aquilo, mas pelo menos da próxima vez saberei o que fazer.”

A HISTÓRIA DE BILL: MANTENDO AS VARIAÇÕES DE HUMOR SOB CONTROLE

O transtorno bipolar de Bill não o impediu de ter uma carreira maravilhosa de 35 anos como planejador urbano. Aos 29, ele estava no topo do mundo, gerenciando um grande projeto de renovação urbana – um grande estresse, mas o trabalho “dos sonhos”. Então, tudo foi por água abaixo – o financiamento foi cancelado, ele perdeu o emprego e “minhas energias hipomaniacas se transformaram em depressão”. Bill passou por um tratamento bem-sucedido com medicamentos e psicoterapia, encontrou um novo emprego e tudo correu bem por seis anos, durante os quais ele não precisou de medicação.

A segunda depressão apareceu do nada e foi muito mais perigosa. “Eu me arrastava para o trabalho, me sentia abatido, sem esperança, desatento e com sérios pensamentos suicidas. Recomendaram internação e ECT (sigla em inglês para Terapia de Eletrochoque), mas por sorte o antidepressivo entrou em ação bem a tempo, e a depressão foi embora. Em seguida, disparei na direção contrária, com um estado de completa mania – pensamentos acelerados, planos grandiosos para vários projetos impossíveis e ideias estranhas. Pensava que todos estavam me observando e informando à polícia ou ao FBI. E eu fazia coisas esquisitas – como comprar trinta livros enormes sobre o Universo e a história da humanidade sem considerar o fato de que eram pesados demais para que eu os levasse para casa e longos demais para que os lesse. Felizmente, o lítio deu resultado, e logo eu estava de volta ao normal.”

Bill permaneceu estável durante os 15 anos seguintes até que ele, a esposa e o médico concordaram que valia a pena tentar retirar o lítio, devido ao longo período sem episódios e ao fato de que o medicamento parecia abafar sua personalidade. A tentativa fracassou. “Três meses depois, eu

estava hipomaniaco outra vez e me dei conta de que sempre precisaria de remédios. Então mudamos para outro estabilizador de humor, que tem funcionado perfeitamente nos últimos 17 anos. Acredito que sempre serei vulnerável, mas o remédio me dá estabilidade.”

Bill aposentou-se do planejamento urbano aos 65 anos para se dedicar a uma segunda carreira. “E hoje sou um psicoterapeuta em treinamento com 15 pacientes, a maioria dos quais está indo bem no tratamento comigo.”

A HISTÓRIA DE SUSAN: CONTROLANDO O TRANSTORNO DO PÂNICO E A AGORAFOBIA

Susan tem 35 anos e é cuidadora, voluntária, escritora e uma autodeclarada colecionadora de diplomas. Aos vinte, era uma universitária que vislumbrava um futuro brilhante, uma “arroz de festa” que tinha vários amigos. Então, sem como nem por quê, sua vida se transformou em um verdadeiro inferno, cheia de ataques de pânico e sufocada pela necessidade urgente de evitar qualquer coisa que os provocasse.

“O primeiro surgiu do nada. Eu planejava encontrar amigos para ver um filme e comecei a ter pensamentos estranhos sobre ficar doente no cinema ou pirar na frente de todo mundo. Não conseguia respirar, meu coração disparou e me senti horivelmente tonta. Não tinha ideia do que estava acontecendo e senti pavor de estar enlouquecendo.”

Os ataques foram se tornando cada vez mais frequentes, ocorrendo sempre que ela tentava ir ao cinema, a um jantar ou a uma festa – qualquer evento social ou lugar do qual não pudesse fugir caso entrasse em pânico. “Aos poucos, a lista de coisas que eu evitava foi crescendo e crescendo, até que me tornei um verdadeiro bicho do mato. Saía de casa apenas quando absolutamente necessário, e só na companhia de algum amigo. Mais do que tudo, eu queria morrer.”

Após oito anos, 21 clínicos gerais, dezenas de remédios e incontáveis ressonâncias magnéticas e outros testes, Susan ainda não tinha respostas. Os médicos frequentemente erram o diagnóstico de transtorno do pânico por não saberem que os sintomas físicos são causados pela hiperventilação. Isso leva a exames desnecessários e tratamentos agressivos contra problemas médicos imaginários.

Já perdendo a cabeça, Susan enfim visitou um psiquiatra, o dr. S. Uma hora depois, tinha respostas claras sobre o que havia causado os sintomas físicos e pôde controlá-los desacelerando a respiração. Seu mundo se iluminou quando o dr. S. garantiu que ela definitivamente melhoraria. Ele tinha razão. Susan utilizou o tratamento para gradualmente dominar seus temores e reconquistar a vida. “Hoje saio com amigos, faço compras no shopping, vou ao cinema, uso transporte público e faço tudo o que quero por minha conta. Continuo melhorando e estabelecendo metas realistas a cada ano. Erupções de agorafobia surgem quando o estresse é alto, mas, por ter consciência do que está ocorrendo, são curtas e eu sei como enfrentá-las. Amo minha vida e quero compartilhar minhas experiências com os outros para ajudá-los a não sofrer desnecessariamente como eu.”

PAUL E JANET: DOMINANDO O TEPT

O carro saiu de controle e bateu em uma árvore – provocando a morte instantânea de Max, de 15 anos. A tragédia familiar ocorreu em uma estrada escorregadia e sinuosa durante uma viagem em que foram esquiar na Suíça. Max ocupava o vulnerável assento dianteiro porque era o mais propenso a enjoos. Os pais e a irmã, Annie, ficaram gravemente feridos, mas sobreviveram e se reabilitaram fisicamente em alguns meses.

Paul e Janet nunca falaram sobre o acidente, mas nunca se recuperaram emocionalmente dele. O quarto de Max foi mantido como um santuário, na mesma bagunça que sempre caracterizara sua vida – nem um pedaço de papel foi mexido, nem um sapato ou um boné de beisebol posto no lugar; seu último dever de casa, feito pela metade, ficou exatamente onde ele o deixara. Ele estava sempre nos pensamentos, mas nenhum dos dois ousava mencioná-lo, chorar ou dividir o sofrimento de maneira aberta, por medo de magoar o outro. “Estávamos ambos em suspensão. Tocando a vida, mas inertes e sem viver de fato. Começamos a nos afastar, culpando a nós mesmos, culpando um ao outro. Nenhum de nós tinha muito o que dar a Annie – estávamos de coração partido, com a cabeça girando, nossas fontes estavam esgotadas.”

Por fora, tanto a mãe como o pai foram estoicos, mas, por dentro, estavam em ebulição; tinham pesadelos durante a noite e eram assombrados constantemente durante o dia por imagens do corpo flácido e mutilado de

Max. Paul não conseguia mais dirigir, por medo de voltar a perder o controle e matar mais alguém. Viagens de carro eram evitadas por ambos sempre que possível, ou eram suportadas com terror. Um ano após o evento, eles ainda se assustavam com o som de uma buzina, de uma derrapada ou de uma aceleração. Nenhum dos dois conseguia se concentrar, comer ou dormir bem, e ambos se tornaram irritáveis, viviam cabisbaixos e pisando em ovos.

Annie ficou abalada e às vezes chorava, mas seu dano psicológico foi bem menor. Sentia falta do irmão e tinha muita pena dele e dos pais, mas não tinha lembrança da colisão e foi mais capaz de retornar à vida anterior de colégio e amigos. Quanto a Paul e Janet: “Nossa vida parou quando a vida de Max parou. Deveríamos ter sido nós, não ele. Ele tinha uma vida toda pela frente. Nós não temos nada por que viver. Que ideia estúpida fazer essa viagem e dirigir em estradas desconhecidas.”

Paul é cardiologista, e Janet, enfermeira perioperatória. Foram necessários quatro meses para ele e três para ela até que se sentissem física e emocionalmente prontos para retornar ao trabalho. O trabalho foi a salvação para ambos – o único lugar onde podiam funcionar perto do estado normal. No entanto, Janet tinha ataques de pânico quando lidava com casos de trauma e precisou se restringir a cirurgias eletivas. E Paul sentia-se incapaz de tratar adolescentes.

“Nenhum de nós queria ajuda psiquiátrica, mas nós dois sabíamos que precisávamos. O médico da família fez de tudo, mas os antidepressivos e os remédios para dormir não adiantaram. O psiquiatra disse que nunca superaríamos a dor da perda de nosso filho, mas podíamos e precisávamos encontrar um meio de seguir em frente – que devíamos a Annie, à memória de Max e um ao outro fazer os maiores sacrifícios que o tratamento exigisse. Teríamos de encarar plenamente e compartilhar a dor de perder Max – acabar com a anulação dos sentimentos e com o luto secreto. Isso significava examinar juntos nossas lembranças dele e enfim aceitar sua morte, esvaziando o quarto. Compreendemos que podíamos ser leais a sua memória sem tentar interromper o relógio ou fingir que ele não havia morrido. Também seria preciso enfrentar, e não evitar, o horror do acidente. Isso significava discuti-lo, olhar as horríveis fotos, voltar a dirigir. O tratamento foi uma experiência esmagadora e pavorosa, mas de fato nos devolveu não tudo, mas parte de nós mesmos e de nossa vida, e nos libertou para nos amarmos novamente e para sermos pais de verdade para Annie.”

Não existe comprimido contra o luto, os medicamentos para o TEPT não são muito eficazes e às vezes trazem novos problemas. Cada um tem uma forma pessoal de sofrer e de lidar com experiências de vida catastróficas. Para muitos, a melhor abordagem no longo prazo é a mais dolorosa no curto. Aceitação e catarse requerem o alívio e o compartilhamento das lembranças horríveis e dos sentimentos viscerais. Enfrentar o acontecimento em vez de negá-lo é, com frequência, a única maneira de obter algum controle e paz de espírito. Isso pode ser feito junto à família e aos amigos, mas, se os sentimentos estiverem muito arraigados, um terapeuta será útil e, às vezes, essencial.

A HISTÓRIA DE PETER: VENCENDO A MALDIÇÃO FAMILIAR DE MELANCOLIA E SUICÍDIO

Tudo indicava que Peter, de alguma forma, havia desafiado as probabilidades. Apesar de um vasto histórico de depressão e diversos suicídios em ambos os lados da família, construíra uma vida bem-sucedida e encantadora, sendo brilhante em tudo. Aos 46 anos, era dono de um grande negócio, tinha uma família adorável e feliz e era um pilar de sua igreja e de sua comunidade. Então, depois de um revés profissional relativamente trivial, as coisas velozmente começaram a ruir.

“Não sei por quê, mas gradualmente perdi toda a confiança em mim e em minha capacidade de tomar as decisões corretas nos negócios e na família. Comecei a ruminar todos os erros que já havia cometido na vida e senti que estava decepcionando a todos no trabalho e em casa. Superestimava pequenas preocupações e não conseguia dormir, pois minha cabeça rodava com cenários catastróficos de fracassos no futuro. Perdi quase 7kg e me sentia agitado e congelado ao mesmo tempo.”

O irmão de Peter, que era médico, sugeriu que ele passasse por uma minuciosa bateria de exames e também que consultasse um psiquiatra. Peter consentiu nos exames, mas se opôs à ideia do psiquiatra. Era uma pessoa independente e reservada, e temia estar sucumbindo à doença que havia causado tanto sofrimento à família. Esperava, ao contrário, enfrentar a tormenta e dar conta de si e dos negócios sozinho.

Todos os testes deram negativo, mas os sintomas pioraram. “Fiquei totalmente irracional em relação ao dinheiro – convencido de que estava levando a mim mesmo e meu negócio à bancarrota, embora tanto minha esposa como meu contador me mostrassem que o balanço patrimonial estava em ordem. Eu insistia em que a Receita Federal nos auditaria e eu acabaria indo para a cadeia. Comecei a perder a esperança e a ter pensamentos suicidas – se tivesse tido energia e meios, provavelmente teria me matado. A dor era realmente forte, e eu não esquecia a convicção absurda de que havia cometido algum crime e tinha de ser punido por ele. Não queria ser um fardo para minha família e submetê-la a minha humilhação pública. Era uma completa loucura, mas eu acreditava nela.”

A família se uniu e o convenceu a ir a um psiquiatra. Após escutá-lo, este disse a Peter que ele estava correto em pensar que o diagnóstico era de depressão, mas errado em crer que o prognóstico era sombrio. Poderia levar tempo, mas era quase certo que o tratamento daria resultado se Peter abandonasse a descrença e realmente pusesse todo o coração e as esperanças nele. O primeiro passo seria a medicação, depois somada à terapia cognitiva, logo que Peter comesse a se sentir preparado. O suicídio precisava deixar de ser uma opção – ele criaria um fardo muito maior para a família e não fazia sentido quando as chances de recuperação eram tão favoráveis.

“Que alívio. Nós realmente nos demos bem no nível pessoal, e eu voltei a sentir esperança pela primeira vez em meses. Levou um tempo para que eu de fato saísse da depressão, porém nunca mais cheguei ao fundo do poço e pude tratar meus piores medos como medos, e não como realidade. Passaram-se três anos e não tive nenhuma recaída. Nunca me sentirei totalmente seguro quanto a uma nova depressão grave, mas pelo menos saberei detectá-la mais cedo e corrigi-la.”

A HISTÓRIA DE CLEO: O FOCO NO TDAH

Quando menina, Cleo falava tanto que as pessoas brincavam que ela havia engolido um rádio, e era tão ativa que muitas vezes se machucava levando tombos ou chocando-se contra as paredes. Na escola, ficava se balançando

na carteira e tinha dificuldade para acompanhar a professora, mas ainda assim conseguia ser a melhor aluna da turma.

Seus pais eram ambos professores de origem libanesa que migraram para a Austrália quando ela era bebê. Sentiam-se sobrecarregados com a menina, contrataram uma babá cujo único trabalho era contê-la e decidiram não ter mais filhos. “Não fui diagnosticada porque meus pais tinham um preconceito cultural com relação a doenças mentais e a escola estava satisfeita, já que eu me saía muito bem em termos acadêmicos. Além disso, não sabiam como era um árabe normal, que dirá um anormal.”

A situação deteriorou-se quando ela chegou aos 15 anos. Cleo ficou deprimida, duvidava de si mesma, temia o fracasso, sentia-se distante da família, não tinha amigos e pensava em suicídio. “Meus pais novamente rejeitaram a ideia de doença mental, então precisei lidar com a minha por conta própria. A superproteção me tornou despreparada e vulnerável a um mundo que parecia tão cruel. Até ver gente feliz me fazia cair em prantos, eu me sentia desesperada para ser como eles.”

Apesar da turbulência interior, Cleo formou-se no colégio com seis meses de antecedência e começou a faculdade – escolheu psicologia, na esperança de se entender melhor e de ajudar os outros. Porém, aos 17 anos, não estava pronta. “Lá se foram minhas notas 10! Tudo era muito mais difícil. Pela primeira vez na vida era uma aluna mediana, distraía-me com as coisas mais simples e minha mente saltitava entre um pensamento e outro. Começava a fazer anotações, percebia que o professor havia trocado de slide, a frase estava incompleta e eu havia esquecido o que ele acabara de dizer. Mal lia uma página e já não sabia onde estava, tinha de pôr uma régua sob cada linha para não me perder. Outros pensamentos surgiam na cabeça e eu me levantava para fazer outras coisas, então me lembrava de que deveria estar lendo. Não importava o quanto tentasse, não conseguia alcançar as notas a que estava acostumada. Sentia-me um fracasso.”

Foi recomendado tratamento, mas Cleo não gostou do terapeuta. “Achava a falta de clareza no diagnóstico ou de discussão sobre ele inaceitável e frustrante. Não conseguia entender o caos gerado por meu transtorno. Sentia que, para tratar a doença, eu precisava saber qual era.”

Ela buscou uma segunda opinião, e o novo terapeuta lhe explicou o TDAH e como ele estava impactando sua vida. “Receber um diagnóstico definitivo me deu um enorme sentimento de alívio, e eu enfim me senti compreendida. Também percebi que não era uma aberração, que havia outras

pessoas como eu e que não era minha culpa algumas coisas em mim irritarem os outros. O terapeuta me ajudou a entender o que significa ter TDAH e me apresentou diversas estratégias e técnicas de estudo. Emprestou-me livros sobre o transtorno e indicou vários sites úteis. Comecei a me instruir, pesquisei o problema e ganhei mais consciência de meus sintomas e de como lidar com eles.”

Cleo melhorou muito e se formou. No entanto, ainda tinha uma dificuldade considerável para se concentrar e começou a tomar Ritalina como auxílio. “Os resultados foram impressionantes. Meu limiar de atenção e meu foco aumentaram drasticamente, e eu me vi capaz de me sentar e teclar no computador durante três horas.” Ela concluiu a faculdade com louvor. “Após uma década sentindo uma disparidade entre minhas verdadeiras capacidades e meu desempenho acadêmico, enfim tive a sensação de estar cumprindo meu potencial. Enfim senti que voltara a ser eu mesma. A combinação de medicamento e psicoterapia funcionou perfeitamente. Receber o diagnóstico certo me ajudou a lidar com o desconforto, a assumir responsabilidades e a me sentir no controle de minha própria vida.” Hoje, Cleo é psicóloga educacional e ajuda outras pessoas a atuarem conforme suas capacidades.

A HISTÓRIA DE HENRY: VIVENDO COM A ESQUIZOFRENIA

Henry era uma criança tímida e introvertida, que se tornou um adolescente decididamente peculiar, obcecado por espiritualismo, ficção científica e teorias da conspiração. Aos 18 anos, havia criado a inabalável convicção de que podia se comunicar com as almas de seus ancestrais mortos recebendo comandos de suas vozes e decodificando suas mensagens especiais pela internet. Acreditava ter a atribuição especial de proteger os Estados Unidos contra a diluição de sua linhagem caucasiana e contra sua invasão hostil por uma potência estrangeira ou pelas Nações Unidas. Henry vivia com medo, hipervigilante, e nunca baixava a guarda. Seus inimigos haviam conquistado vários órgãos do governo, adquirindo a tecnologia que lhes permitia observar seus movimentos, monitorar seus pensamentos e exercer controle sobre suas ações.

Henry dormia durante o dia, e lia histórias de conspiração e pesquisava na internet à noite. Abandonou o colégio, foi se distanciando do mundo real e

permaneceu em contato mais ou menos constante com suas vozes, sob o jugo de seus delírios. Os pais compartilhavam de sua orientação política geral, mas ficaram alarmados com seus pensamentos e sua conduta cada vez mais extremos e bizarros. Sentiram-se paralisados. “Ele estava se retirando para outro mundo, em que não podíamos entrar. Ficava muito irritado e gritava conosco quando tentávamos falar com ele ou convencê-lo a fazer qualquer coisa. Recusava-se a ir ao médico, e nós ficamos realmente assustados com ele. Desfizemo-nos de nossas armas por medo de que ele se tornasse violento.”

A crise veio quando a mãe tentou limpar o quarto de Henry, por achar que havia se tornado um risco de doença e de incêndio. Ele encarou isso como um ato de hostilidade e pressupôs que ela estivesse agindo sob ordens do inimigo. Empurrou-a porta afora violentamente e a ameaçou com uma faca – mas então sentiu uma culpa terrível, começou a chorar de maneira descontrolada e gritou que queria se matar.

Chamaram uma ambulância, e Henry foi internado em um hospital psiquiátrico. O diagnóstico foi de esquizofrenia e ele começou a tomar um antipsicótico. O medicamento funcionou bem, e Henry logo ficou mais calmo. Contudo, voltar à realidade tem sido um processo bem mais lento, que, cinco anos depois, ainda não se concluiu. “Ainda ouço as vozes, especialmente quando estou estressado ou sem nada para fazer. Mas, em geral, consigo perceber que não são reais. É um grande alívio não me sentir observado e controlado o tempo todo, mas às vezes fico triste por não ter, de fato, uma missão especial de salvar meu país. É decepcionante não ter mais um propósito claro. Estou tentando achar outras coisas para fazer e maneiras de me manter ocupado.”

Henry conseguiu estabelecer uma relação de confiança com o psiquiatra. O tratamento combina medicação e sessões de psicoterapia semanais focadas em testes de realidade e treinamento de habilidades sociais. Ele terminou o colégio, teve apenas mais uma breve internação e está se empenhando ao máximo na terapia e na construção de uma vida boa para si. Transformou o duradouro interesse em ficção científica em algo muito positivo, ganhando dinheiro com a compra e venda de memorabilia na internet e fazendo amigos em convenções sobre o tema. Recentemente começou a namorar uma garota que também é fã do gênero.

A HISTÓRIA DE BRANDY: DEIXANDO A MONTANHA-RUSSA DO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE LIMÍTROFE

Brandy era uma jovem emocionalmente intensa, impulsiva e autodestrutiva, que levava uma vida problemática e tumultuada. Nunca teve a menor dificuldade para arranjar relacionamentos, mas tinha uma persistente incapacidade de terminá-los sem se sentir furiosa ou profundamente magoada. O padrão se repetia inúmeras vezes. Brandy esperava demais, ia com muita sede ao pote, ficava com medo de ser rejeitada e exercia uma raivosa manipulação que garantia que seus maiores temores se realizassem. “Aí, quando era abandonada, eu não conseguia me controlar e fazia coisas muito estúpidas. Perder um namorado fazia com que me sentisse dilacerada. Cortar a pele me acalmava – a dor física sempre supera a emocional.”

A vida escolar, familiar e social de Brandy era quase tão errática quanto a amorosa. Embora fosse muito inteligente, ela não conseguia cumprir a tarefa do momento e estava sempre decepcionada e decepcionando. Aos 25 anos, estava a trinta créditos de se formar, após estudar em quatro universidades e se envolver em brigas nas quatro. Com exceção de uma irmã, não falava com a família, e suas amizades costumavam durar apenas meses, até acabarem de forma tempestuosa. A terapia não ajudara em nada – muitos inícios promissores que se tornaram péssimos finais.

A situação chegou ao fundo do poço quando, em um impulso, Brandy tentou se suicidar, tomando dez comprimidos para dormir. Ficou internada em um hospital durante uma noite e foi encaminhada a um programa de atendimento ambulatorial especializado em terapia comportamental dialética (TCD). “Senti que havia algo de diferente na TCD desde o primeiro minuto. As pessoas me entendiam e me aceitavam, mas também esperavam que eu mudasse e assumisse mais responsabilidade por mim mesma e por minhas ações. Eu não podia manipulá-las ou enganá-las, mas sentia que elas realmente se importavam e sabiam como me ajudar. Gosto de minha terapeuta e quero ser mais parecida com ela.”

Brandy aprendeu modos concretos de reduzir sua autodestrutividade. Batia elásticos nos pulsos em vez de cortá-los com uma navalha. Experimentou ir devagar no início dos relacionamentos, ter menos expectativas durante eles e terminá-los de maneira tranquila. Concluiu a faculdade e hoje está fazendo mestrado em orientação psicológica. “Ainda sou temperamental e tenho momentos de fragilidade, mas estou

amadurecendo rápido e acho que estou quase pronta para usar minhas experiências em favor de outras pessoas.”

A HISTÓRIA DE ADAM: SUPERANDO O TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO

Adam era o eterno candidato a PhD que não tinha dissertação, vinha trabalhando em seu projeto de pesquisa havia sete anos e parecia incapaz de concluí-lo. Toda vez que o orientador afirmava que o trabalho estava pronto para ser enviado à banca, Adam ficava obcecado com o que lhe pareciam imperfeições gritantes e sempre se convencia da necessidade de várias reorganizações e limpezas. Revirava-se todas as noites com pensamentos ansiosos de fracasso, que só eram neutralizados quando ele iniciava uma extensa revisão – adicionando material, eliminando capítulos e referências, acrescentando outros –, essencialmente garantindo que jamais concluísse a tarefa e precisasse entregá-la para análise.

“Eu sabia que era algo louco e contraproducente ficar refazendo a dissertação, mas me sentia preso e como se não tivesse controle sobre o processo. As revisões constantes eram uma estupidez, mas eu ficava muito ansioso se não as fizesse. E não era só a dissertação. Todos os dias eu tinha de passar uma hora me vestindo – seguindo um complicado ritual que tinha de ser repetido perfeitamente do início ao fim caso eu não fizesse cada passo da maneira certa. Meu dia também era cheio de rituais tolos para comer e dormir, e eu tinha de passar um bom tempo rezando.”

Os rituais de Adam haviam começado na infância e se acumulado gradativamente ao longo da vida, de forma a ocupar cada vez mais quase todo o seu tempo. Durante esse percurso, ele resistira ao tratamento – por medo de que o tornasse ainda mais ansioso ao interferir em seus rituais. No entanto, enfim chegou a um ponto em que não tinha mais volta, quando o orientador ameaçou tirá-lo do doutorado se não terminasse dentro do novo prazo estipulado para a apresentação.

“O psiquiatra era um bom sujeito e entendeu as pressões pelas quais eu estava passando. Explicou que a única forma de vencer o TOC era enfrentar a ansiedade, em vez de neutralizá-la com rituais. Conseguir o PhD era simples, mas assustador – eu só precisava entregar a última versão do

trabalho sem reler uma página. Ele me ensinou técnicas para lidar com a ansiedade. Eu realmente não tinha escolha e fiz o que tinha de fazer. Foram semanas aterrorizantes, mas a banca logo aprovou a dissertação e eu estava livre.”

Os outros vários rituais de Adam revelaram-se mais intransigentes, pois estavam muito incutidos em sua vida diária, e seu caráter destrutivo era menos evidente. Porém, dois anos de terapia e medicação gradualmente devolveram a normalidade a seus dias. “Ainda acalento alguns rituais, mas eles não consomem tanto tempo e eu me sinto livre pela primeira vez em anos.”

FAZENDO A COISA CERTA

Se mal executado, o diagnóstico psiquiátrico pode ser um desastre completo, que leva a tratamentos agressivos com horríveis complicações e um impacto dilacerante. Alguns dos erros mais graves são cometidos por clínicos que combinam ignorância e arrogância – que não sabem o que estão fazendo, mas vão adiante como se soubessem. Muitas vezes são enganados pelos modismos, seguindo tolamente suas teorias pessoais em vez de aprender com os pacientes. Sobrediagnosticam porque veem (ou imaginam) nestes apenas a doença e ficam alheios à saúde. Erros também são frequentes quando os diagnósticos são feitos de modo casual por profissionais mal treinados e desqualificados. O diagnóstico psiquiátrico é uma atividade séria, que tem consequências importantes e muitas vezes permanentes. Requer treinamento, experiência, tempo, compaixão e (acima de tudo) modéstia.

Se bem executado, o diagnóstico psiquiátrico é o início de um tratamento que pode ser bem-sucedido e mudar a vida da pessoa. Os principais ingredientes para acertá-lo não são mistério: um clínico com o treinamento, a experiência e a habilidade interpessoal apropriados; um paciente que traga uma descrição honesta e detalhada dos problemas; o desenvolvimento de uma relação terapêutica positiva entre eles; e tempo suficiente para explorar o passado e ver como as coisas estão evoluindo no presente. Caso a situação não esteja clara, o diagnóstico definitivo deve ser adiado – a incerteza é muito melhor do que a falsa certeza. Um diagnóstico deve sempre ser cuidadoso – alcançado mediante uma ponderação minuciosa, respaldado por

evidências sólidas e passível de mudança caso outras novas se acumulem. Todas as pessoas ajudadas por um tratamento estavam confusas e desequilibradas até o momento do diagnóstico correto. Sentiam-se indefesas, incapazes de entender o que estava acontecendo, singularmente amaldiçoadas, sozinhas no presente e sem esperança no futuro. O ato do diagnóstico proporcionou um auxílio, uma explicação, uma comunidade de indivíduos com o mesmo sofrimento, um chamado à ação, um senso de previsibilidade e uma esperança no futuro. De súbito, problemas antes indomáveis pareceram domáveis. Um diagnóstico exato (junto a uma educação sensível e sensata quanto a ele) traz um alívio considerável e uma grande vantagem na corrida pela recuperação. Um dos maiores fatores preditivos do sucesso de qualquer tratamento é a qualidade da relação formada entre clínico e paciente. Uma ótima relação decerto não garante a cura rápida, e uma péssima não a impossibilita, mas, na média, quanto melhor a relação, melhor o resultado. E um diagnóstico bem-feito é uma das melhores formas de cimentar uma relação terapêutica sólida.

EPÍLOGO

Creio que Deus tenha uma afeição desmesurada pelos besouros, pois criou tantos tipos diferentes deles.

J. B. S. HALDANE

É quase certo que os besouros herdarão a Terra. Pensemos no placar: várias centenas de milhares de espécies altamente diversificadas contra apenas um tipo cada vez mais homogeneizado de homem. A melhor aposta é que os insetos – e não seus superiores – sobreviverão ao fim de nosso jovem milênio.

A natureza rolou esses dados trilhões e trilhões de vezes e aprendeu a escolher a diversidade como a melhor aposta de longo prazo. Um acre de floresta tropical tem centenas de espécies diferentes, com heranças genéticas radicalmente diferentes. Todas as árvores parecem iguais aos olhos destreinados na luta por obter seu lugarzinho ao sol. Teria sido bem menos complicado ficar com uma espécie, mas a natureza tem se disposto de forma persistente a pagar um preço alto para manter suas opções em aberto. Nunca se sabe o que vem pela frente e que potencial genético será mais necessário para enfrentar o próximo desafio ambiental.

A natureza enxerga além; a humanidade, aquém. Ela prefere a diversidade; nós, a padronização. Estamos homogeneizando nossas safras e nossos indivíduos. Ao ignorar a lição da floresta tropical, o homem está jogando seu destino em uma arriscadíssima aposta promovida pelo agronegócio. Nosso estoque de alimentos, outrora tão generoso, hoje depende de uma vasta monocultura global de plantas e animais geneticamente homogêneos. Ao não aprendermos nada com o pesadelo da Grande Fome da Irlanda, estamos desacreditando os poderes abundantes e

comprovados da natureza de criar um inseto agressivo que devore nossa refeição coletiva.

A indústria farmacêutica parece firme na tentativa paralela de criar sua própria vertente de monocultura humana. Com a assistência de uma psiquiatria superambiciosa, toda diferença entre pessoas está sendo transmutada em desequilíbrio químico a ser tratado com um conveniente comprimido. Transformar a diferença em enfermidade está entre os maiores golpes de genialidade publicitária alcançados em nossa época – ao lado da Apple e do Facebook. Porém, muito menos útil e com um potencial muito mais danoso.

Certo dia vi uma obra de arte conceitual que trazia uma mensagem semelhante à de *Admirável mundo novo*, a qual era de dar frio na espinha. A autora havia medido de forma meticulosa os comprimentos de onda refletidos de uma pintura renascentista ricamente detalhista e brilhantemente cromática. Tirando a média desses comprimentos de onda, usou a cor que representava a mediana para pintar uma grande tela monocromática no que só podia ser descrito como marrom-excrementício. É fácil assim eliminar a diferença vívida, mas como é deprimente o resultado. Todos os grandes personagens de mitos, romances e peças resistiram à prova do tempo precisamente por terem se afastado, tão cheios de cores, da média. Queremos mesmo deitar Édipo no divã, dar a Hamlet um curso rápido de terapia comportamental, tratar o rei Lear com antipsicóticos?

Creio que não. A diversidade humana tem seus propósitos, ou então não haveria sobrevivido à maratona evolucionária. Nossos ancestrais conseguiram porque a tribo combinava uma ampla variedade de talentos e inclinações. Existiam líderes embriagados no próprio narcisismo e seguidores satisfeitos em depender deles; figuras paranoicas o bastante para farejar ameaças ocultas, compulsivas o bastante para fazer tudo e exibicionistas o bastante para atrair pares. Era bom ter aqueles que evitavam os perigos e aqueles capazes de explorá-los sem piedade. Quem sabe os indivíduos mais saudáveis fossem os que melhor equilibrassem todas essas características perto da proporção áurea; contudo, a melhor aposta para o grupo era ter valores aberrantes sempre dispostos a tomar a iniciativa conforme a ocasião exigisse. Assim como todas as diferentes espécies de besouros e de árvores na floresta tropical.

Darwin logo teve a ideia de que o funcionamento do cérebro, bem como os comportamentos humanos que ele produz, é fruto da seleção natural tanto

quanto a forma do corpo e os mecanismos do sistema digestório. Para nos compreendermos, sugeriu que estudássemos os babuínos, e não livros de filosofia ou psicologia. E observou seus filhos se desenvolverem dia a dia com o olho treinado de um naturalista brilhantemente meticuloso. Entendia que, se somos capazes de sentir tristeza, ansiedade, pânico, repugnância ou raiva, é porque tudo isso teve um alto valor de sobrevivência e é uma parte inevitável e existencial da vida humana. Precisamos chorar a morte de entes queridos ou nunca os amaríamos plenamente. Precisamos nos preocupar com as consequências de nossas ações ou essas ações nos trarão problemas. Precisamos organizar nosso ambiente ou o caos sobrevirá. A doença esconde-se apenas nos extremos, distante da proporção áurea. A maior parte do que fazemos, fazemos por uma boa razão. A maioria de nós é normal.

Gosto de excentricidade e de excêntricos. A palavra “excêntrico” vem da geometria grega e significa “fora do centro”. Entrou em nossa língua como uma descrição astronômica das trajetórias rotacionais dos corpos celestes. Hoje é usada para descrever pessoas que são diferentes – na maioria das vezes com conotações negativas, e não com a devida frequência com admiração por seu gênio particular. A natureza abomina a homogeneidade e adora a diversidade excêntrica. Deveríamos celebrar o fato de a maioria dos seres humanos ser, ao menos em parte, excêntrica e nos aceitar da forma que somos, com todos os defeitos. A diferença humana não foi feita para se reduzir a uma exaustiva lista de diagnósticos tirados de qualquer maneira de um manual psiquiátrico. São necessários todos os tipos para o sucesso de uma tribo e toda uma paleta de emoções para se viver uma vida plena. Não deveríamos medicalizar a diferença e sair tratando-a com o equivalente atual às pílulas “soma” de Huxley. O paradoxo mais cruel do tratamento psiquiátrico é que as pessoas que mais precisam dele muitas vezes não o recebem, ao passo que quem o recebe muitas vezes não precisa dele.

Então, como voltar ao normal, preservar a diversidade e alcançar uma alocação mais racional de recursos escassos? Está longe de ser uma tarefa simples, mas decerto não é impossível. Nossos profissionais deveriam agir de maneira profissional e dentro do âmbito de sua competência. Psiquiatras deveriam se ater ao que fazem melhor – tratar pessoas que têm problemas psiquiátricos reais –, e não expandir sua área de atuação de modo a incluir os doentes de preocupação normais, que ficarão muito bem sozinhos. Clínicos gerais também deveriam se ater ao que fazem melhor e deixar de agir como psiquiatras amadores. As empresas farmacêuticas deveriam parar

de agir como cartéis de drogas, promovendo mercadorias de forma irresponsável quando elas forem mais prejudiciais do que benéficas. Os grupos de defesa do consumidor deveriam defender os consumidores, e não o grupo. A mídia deveria expor as alegações médicas excessivas, em vez de apregoá-las irrefletidamente.

Temos chances reais de reverter a inflação diagnóstica, ou a sorte já está lançada em favor de um interminável desfile de epidemias falsas? Meu lado racional diz que ela vencerá e que não voltaremos ao normal. Nós, oponentes da inflação, somos muito poucos, fracos, sem recursos, desorganizados e enfrentamos dificuldades impossíveis de abater. Mas em seguida me lembro do amedrontado exército de *Henrique V* – “nós, estes poucos; nós, poucos e felizes; nós, bando de irmãos” –, que era superado em seis contra um, mas criou coragem e venceu a decisiva batalha de Azincourt. Jamais perca a fé no azarão, não importa quanto durem as dificuldades. De vez em quando, o magricela Davi consegue fazer algo que parecia impossível, e o invencível Golias cai por terra.

Além disso, temos uma grande vantagem a nosso favor – nossa causa é pelo bem, e o bem às vezes prevalece. Ainda é razoável manter a esperança de que o bom senso acabará sobressaindo. Quem teria imaginado que a indústria tabagista, outrora aparentemente invencível, poderia ser derrotada tão rápido? Quando foi a última vez que você esteve com alguém que segurava um cigarro? A indústria farmacêutica está claramente rumando para a mesma queda – esse rei de fato está nu.

O povo e os legisladores podem acabar despertando para o fato de que não somos um bando de doentes, cada um com um monte de diagnósticos psiquiátricos, cumulativamente formando uma sociedade doente. Esse é um mito gerado por uma psiquiatria superambiciosa e por uma indústria farmacêutica notavelmente gananciosa. A maioria de nós é normal o bastante e gostaria de continuar assim.

Meus dois objetivos – fazer com que voltemos ao normal e salvar a psiquiatria – são, na verdade, apenas um. Só poderemos conseguir o primeiro se conseguirmos o segundo, e só podemos fazer isso contendo a psiquiatria em suas fronteiras adequadas. O legado de Hipócrates soa tão verdadeiro hoje quanto há 2.500 anos – seja modesto, conheça suas limitações e, em primeiro lugar, não cause dano.

Vale muito a pena voltarmos ao normal. E salvarmos a psiquiatria.



“FICA NO CORREDOR 6, NA SEÇÃO DE DOENTES DE PREOCUPAÇÃO.”

AGRADECIMENTOS

Quase tudo o que sei sobre psiquiatria (e também muito do que sei sobre a vida, sobre as pessoas e sobre mim mesmo) veio de meus pacientes. Obrigado a eles e também às 18 pessoas que contribuíram com tocantes relatos descrevendo suas experiências às vezes pavorosas, às vezes maravilhosas, com o diagnóstico e o tratamento psiquiátricos. Depois vêm as centenas de colegas que me ajudaram de tantas formas durante minha carreira. Não posso agradecer a todos pelo nome, mas vocês sabem quem são e que eu sou eterna e profundamente grato. Há apenas algumas pessoas específicas que devo mencionar. Sendo por natureza um indivíduo egoísta e afeito aos prazeres da vida, eu não teria assumido de bom grado a difícil carga de reformar a psiquiatria – em especial neste avançado ponto da vida, já praticamente livre de obrigações. Minha mão foi forçada pelo humilhante exemplo de vários de meus superiores. Bob Spitzer introduziu-me no jogo do diagnóstico há 35 anos e passou a maior parte de sua vida ativa dedicando-se a aprimorá-lo. Os incansáveis esforços de Barney Carroll para manter a psiquiatria nos padrões mais altos obrigaram-me a tomar a iniciativa quando vi que ela estava deixando de cumpri-los. Ele não sabe, mas os diversos posicionamentos corajosos de Paul McHugh também me influenciaram a não ficar parado curtindo a praia. E, apesar de minha forte discordância quanto às visões extremistas do recém-falecido Tom Szasz, gostava muito dele pessoalmente e sempre admirei sua disposição para lutar pelo que achava certo, não importando o sacrifício pessoal. O exemplo de meu nobre amigo Yutaka Ono ajudou-me a tornar o livro mais pessoal e menos duro do que me seria natural. Suzy Chapman prestou a todos nós e à história um grande serviço arquivando uma extensa coleção de documentos do *DSM-5* e da *CID-11*. Gary Greenberg escreveu o maravilhoso *The Book of Woe* [O livro do infortúnio], que descreve os disparates do *DSM-5*. Também faço um

agradecimento especial a meu diversificado e aleatório grupo de amigos virtuais (muitos dos quais nunca encontrei), que me ajudaram a organizar a bagunça do *DSM-5* e contribuíram com ideias para o livro – em particular Melissa Raven, Mickey Nardo, Dayle Jones, Joanne Cacciatore, Donna Rockwell, Russell Friedman, Marianne Russo, Martin Whitely, Jon Jureidini, Chris Kane, Margaret Soltana e James Phillips. Meus geralmente barulhentos netos demonstraram uma paciência surpreendente e atípica enquanto eu passava horas que pareciam intermináveis digitando e editando o livro em meu amado BlackBerry – que eles adoram chamar de “meu amigo malvado”. Minha agente, Carrie Kania, não apenas vendeu o livro, como também ajudou a concebê-lo e moldá-lo. Meu editor norte-americano, Peter Hubbard; o alemão, Laurenz Bolliger; e o holandês, Michiel ten Raa, todos fizeram numerosas e importantes sugestões. E agradeço à pessoa mais importante de todas, minha esposa, Donna – uma grande leitora que fez de mim um escritor melhor.

—

NOTAS

PREFÁCIO

1. Medco, “America’s State of Mind” (2011). <http://www.toxicpsychiatry.com/storage/Psych%20Drug%20Us%20Epidemic%20Medco%20rpt%20Nov%202011.pdf>.
2. S. H. Zuvekas, B. Vitiello, “Stimulant Medication Use in Children: A 12-Year Perspective”, *Am J Psychiatry* 169, no. 2 (2012).
3. B. Vitiello, S. H. Zuvekas, G. S. Norquist, “National Estimates of Antidepressant Medication Use Among U.S. Children, 1997-2002”, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 45, no. 3 (2006).
4. G. Epstein-Lubow, A. Rosenzweig, “The Use of Antipsychotic Medication in Long-Term Care”, *Med Health R I* 93, no. 12 (2010).
5. T. Pringsheim, D. Lam, S. B. Patten, “The Pharmacoepidemiology of Antipsychotic Medications for Canadian Children and Adolescents: 2005-2009”, *J Child Adolesc Psychopharmacol* 21, no. 6 (2011).
6. Centers for Disease Control and Prevention, “Prescription Painkiller Overdoses at Epidemic Levels” (2011); http://www.cdc.gov/media/releases/2011/p1101_flu_pain_killer_overdose.html.
7. Kim Murphy, “A Fog of Drugs and War”, *Los Angeles Times*, 7 de abril de 2012, acessado em 16 de setembro de 2012; <http://articles.latimes.com/2012/apr/07/nation/la-na-army-medication-20120408>.
8. IMS Institute for Health Informatics, “The Use of Medicines in the United States: Review of 2011” (2012).
9. M. N. Stagnitti, “Trends in the Use and Expenditures for the Therapeutic Class Prescribed Psychotherapeutic Agents and All Subclasses, 1997 and 2004” (2007).
10. Laura A. Pratt, Debra J. Brody, Qiuping Gu, “Antidepressant Use in Persons Aged 12 and Over: United States, 2005-2008”, in NCHS Data Brief (Hyattsville, MD, 2011).
11. T. L. Mark, K. R. Levit, J. A. Buck, “Datapoints: Psychotropic Drug Prescriptions by Medical Specialty”, *Psychiatr Serv* 60, no. 9 (2009).
12. Stefan Leucht, “Putting the efficacy of psychiatric and general medicine medication into perspective: review of meta-analyses”, *British Journal of Psychiatry* 200 (2012): 97-106 doi: 10.1192/bjp.bp.111.096594.

CAPÍTULO UM

1. *Oxford English Dictionary*, Oxford University Press, <http://oxforddictionaries.com/definition/english/normal> (2012).
2. Jeremy Bentham, *Utilitarianism* (Londres: Progressive Publishing Company, 1890).
3. Jagdish K. Patel, Campbell B. Read, *Handbook of the Normal Distribution* (Nova York: Marcel Dekker, Inc., 1996).
4. Vivian Nutton, *Ancient Medicine* (Nova York: Routledge, 2004).
5. Preâmbulo da Constituição da Organização Mundial de Saúde como adotado pela Conferência Internacional de Saúde, Nova York, 19-22 de junho de 1946; assinado em 22 de julho de 1946 pelos representantes de 61 estados (Registros Oficiais da Organização Mundial de Saúde, no. 2, p. 100) e que entrou em vigor em 7 de abril de 1948. A definição não foi alterada desde 1948.
6. ABIM Foundation, “Choosing Wisely”, <http://www.abimfoundation.org/Initiatives/Choosing-Wisely.aspx> (acessado em 18 de agosto de 2012).
7. “Neuron”, http://en.wikipedia.org/wiki/Neuron#Neurons_in_the_brain (acessado em 18 de agosto de 2012).
8. “Roger W. Sperry – Nobel Lecture: Some Effects of Disconnecting the Cerebral Hemispheres.” Nobelprize.org. 26 de setembro de 2012; http://www.nobelprize.org/nobel_prizes/medicine/laureates/1981/sperry-lecture.htm.
9. N. J. Macintosh, *I.Q. and Human Intelligence* (Nova York: Oxford University-Press, 1998).
10. *Atkins v. Virginia* (00-8452) 536 U.S. 304 (2002) 260 Va. 375, 534 S.E. 2D 312.
11. Emile Durkheim, George Simpson, John A. Spaulding, *Suicide* (Nova York: The Free Press, 1951).
12. Sigmund Freud, *An Outline of Psychoanalysis* (Nova York: W. W. Norton 1949).
13. Jerome Wakefield, “The concept of mental disorder: On the boundary between biological facts and social values”, *American Psychologist*, 47 (1992): 373-88.
14. R. M. Bergner, “What is psychopathology? And so what?” *Clin Psychol Sci Pract.* 4 (1997): 235-48.
15. D. F. Klein, “Harmful dysfunction, disorder, disease, illness and evolution”, *J Abnorm Psychol* 108 (1999): 421-29.
16. T. A. Widiger and L. M. Sankis, “Adult psychopathology: issues and controversies”, *Annu Rev Psychol* 51 (2000): 377-404.
17. J. C. Wakefield, M. B. First, “Clarifying the distinction between disorder and nondisorder: confronting the overdiagnosis (false-positives) problem in *DSM-V*”, in *Advancing DSM. Dilemmas in Psychiatric Diagnosis*, ed. K. A. Phillips, M. B. First, H. A. Pincus (Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 2003), 23-55.
18. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4. ed., texto revisado) (Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 2000).
19. R. L. Spitzer, J. B. W. Williams, “The definition and diagnosis of mental disorder”, in *Deviance and Mental Illness*, ed. W. R. Gove (Beverly Hills, CA: Sage, 1982), 15-32.

20. D. J. Stein et al., "What is a mental/psychiatric disorder? From *DSM-IV* to *DSM-V*." *Psychol Med* 40 (2010): 1759-65.
21. J. C. Wakefield, "The myth of *DSM*'s invention of new categories of disorder: Hout's diagnostic discontinuity thesis disconfirmed", *Behav Res Ther* 39 (2001): 575-624.
22. S. A. Kirk, ed., *Mental Disorders in the Social Environment: Critical Perspectives* (Nova York: Columbia University Press, 2005).
23. Jeffrey A. Schaler et al., "Mental Health and the Law", *Cato Unbound*, edição de 12 de agosto de 2012; <http://www.cato-unbound.org/issues/august-2012-mental-healthand-the-law>.
24. James Phillips et al., "The Six Most Essential Questions in Psychiatric Diagnosis", *Philosophy, Ethics and Humanities in Medicine*, February 2012; <http://www.peh-med.com/content/7/1/3>.
25. D. S. Charney et al., "Neuroscience research agenda to guide development of a pathophysiologically based classification system", in *A Research Agenda for DSM-V*, eds. D. J. Kupfer, M. B. First, D. A. Regier (Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 2005), 31-84.
26. S. Hyman, "The diagnosis of mental disorders: the problem of reification", *Annu Rev Clin Psychol*. 6 (2010): 155-79.
27. T. R. Insel, "Translating scientific opportunity into public health impact. A strategic plan for research on mental illness", *Arch Gen Psychiatry* 66 (2009): 128-33.
28. K. S. Kendler, "Toward a philosophical structure for psychiatry", *Am J Psychiatry* 162 (2005): 433-40.
29. J. Paris, "Endophenotypes and the diagnostic of personality disorders", *J Personal Disord* 25 (2011): 260-68.
30. T. Szasz, *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct* (Nova York: Harper & Row, 1974).
31. M. B. First, A. J. Frances, "Issues for *DSM-V*: unintended consequences of small changes: the case of paraphilias", *Am J Psychiatry* 165 (2008): 1240-41.
32. A. J. Frances et al., "*DSM-IV*: work in progress", *Am J Psychiatry* 147 (1990): 1439-48.
33. A. Barnes, "Race, schizophrenia, and admission to state psychiatric hospitals", *Administration and Policy in Mental Health* 31 (2004): 241-52.
34. *ICD-10 Classifications of Mental and Behavioural Disorder: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines* (Genebra: World Health Organisation, 1992).
35. A. Frances, "Integrating *DSM-5* and *ICD-11*", *Psychiatric Times*, novembro de 2009.
36. Richard Dawkins, *The Ancestor's Tale: A Pilgrimage to the Dawn of Evolution* (Boston: Houghton Mifflin, 2004), 416.
37. Paul R. McHugh, MD, Phillip R. Slavney, MD, "Comprehensive Evaluation or Checklist?" *New England J Med* 366, no. 20 (2012): 1853-55.

CAPÍTULO DOIS

1. Gênesis 2:20, Bíblia Sagrada, versão King James (Cambridge Edition, 2000).
2. *Encyclopaedia Britannica*, edição online, 2012, s.v. “Shamanism”, <http://www.britannica.com/EBchecked/topic/538200/shamanism>.
3. Jerome D. Frank, Julia B. Frank, *Persuasion and Healing: A Comparative Study of Psychotherapy* (Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1961).
4. M. Fornaro, N. Clementi, P. Fornaro, “Medicine and Psychiatry in Western Culture: Ancient Greek Myths and Modern Prejudices”, *Ann Gen Psychiatry* 8 (2009): 21.
5. Hippocrates, *The Corpus: The Hippocratic Writings* (Nova York: Kaplan, 2008).
6. Galen (editado e traduzido por Ian Johnson), *On Symptoms and Disease* (Cambridge, U.K.: Cambridge University Press, 2011).
7. Roy Porter, *Madness: A Brief History* (Oxford, U.K.: Oxford University Press, 2002).
8. Heinrich Kramer, James Sprenger (traduzido por Christopher Mackay), *Malleus Maleficarum* (Cambridge, U.K.: Cambridge University Press, 2006).
9. “Medicine in the Medieval Islamic World”, Wikipedia, última modificação: 18 de agosto de 2012, http://en.wikipedia.org/wiki/Medicine_in_the_medieval_Islamic_world.
10. Joseph Frank Payne, *Thomas Sydenham* (Charleston, SC: Nabu Press, 2010).
11. Wilfrid Blunt, *Linnaeus, the Complete Naturalist* (Princeton, NJ: Princeton University Press, 2001).
12. Jan E. Goldstein, *Console and Classify: The French Psychiatric Profession in the Nineteenth Century* (Chicago: University of Chicago Press, 1987).
13. E. Shorter, *A History of Psychiatry: From the Era of the Asylum to the Age of Prozac* (Nova York: John Wiley, 1997).
14. Hans Pols, Stephanie Oak, BMed, “War and Military Mental Health”, *Am J Public Health* 97, no. 12 (2007): 2132-42.
15. Walter E. Barton, MD, *History and Influence of the American Psychiatric Association* (Washington, D.C.: American Psychiatric Association Press, 1987).
16. *DSM-I: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (American Psychiatric Association, 1952).
17. *DSM-II: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Washington, D.C., American Psychiatric Association, 1968).
18. John E. Cooper et al., “Cross-National Study of Mental Disorders: Some Results from the First Comparative Investigation”, *Am J Psychiatry* 125 (1969): 21-29.
19. R. L. Spitzer, J. Endicott, E. Robins, *Research Diagnostic Criteria (RDC) for a Selected Group of Functional Disorders*, 3. ed. (New York State Psychiatric Institute, 1978).
20. J. Endicott, R. L. Spitzer, “A diagnostic interview: the schedule for affective disorders and schizophrenia”, *Arch Gen Psychiatry* 35 (1978): 35, 773-82.
21. *DSM-III: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3. ed. (Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1985).

22. H. H. Decker, *The Making of DSM-III: A Diagnostic Manual's Conquest of American Psychiatry* (Oxford, U.K.: Oxford University Press, 2013).
23. *DSM-III-R: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3. ed., revisado (Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1987).
24. *DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1994).
25. A. J. Frances, T. A. Widiger, H. A. Pincus, "The development of DSM-IV", *Arch Gen Psychiatry* 6 (1989): 373-75.
26. Thomas A. Widiger, PhD, Allen J. Frances, MD, *DSM-IV Sourcebook*, volumes 1-4 (Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1994).
27. A. J. Frances, M. B. First, H. A. Pincus, *DSM-IV Guidebook* (Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1995).
28. A. J. Frances et al., "DSM-IV: work in progress", *Am J Psychiatry* 147 (1990): 1439-48.
29. L. Cosgrove, S. Krinsky (2012) "A Comparison of DSM-IV and DSM-5 Panel Members' Financial Association with Industry: A Pernicious Problem Persists", *PLoS Med* 9(3): e1001190. doi: 10.1371/journal.pmed.1001190.
30. L. Cosgrove, H. J. Bursztajn, S. Krinsky, "Developing unbiased diagnostic and treatment guidelines in psychiatry", *N Eng J Med* 360 (2009): 2035-36.

CAPÍTULO TRÊS

1. R. Moynihan, J. Doust, D. Henry, "Preventing Overdiagnosis: How to Stop Harming the Healthy", *BMJ* 344 (2012): e3502.
2. "Choosing Wisely: Five Things Physicians and Patients Should Question" (2012) ABIM Foundation, http://choosingwisely.org/?page_id=13.
3. Paul Enright, "A Homeopathic Remedy for Early COPD", *Respiratory Medicine* 105 (2011): 1573-75.
4. U.S. Preventive Services Task Force, "Screening for Breast Cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement", *Ann Intern Med* 151, no. 10 (2009): 716-26.
5. R. Harris, "Overview of Screening: Where We Are and Where We May Be Headed", *Epidemiologic Reviews* 33, no. 1 (2011): 1-6.
6. Andrew J. Bacevich, "The Tyranny of Defense Inc.", *The Atlantic* (janeiro/fevereiro de 2011) <http://www.theatlantic.com/magazine/archive/2011/01/the-tyranny-of-defense-inc/308342>.
7. Organisation for Economic Co-operation and Development, "Why Is Health Spending in the United States So High?" (2011): <http://www.oecd.org/unitedstates/49084355.pdf>.
8. P. D. McGorry, "Is Early Intervention in the Major Psychiatric Disorders Justified? Yes", *BMJ* 337 (2008): a695.
9. Brian Deer, "How the Case Against the MMR Vaccine Was Fixed", *BMJ* 342 (2011), <http://www.bmj.com/content/342/bmj.c5347>.

10. L. Batstra et al., "Childhood Emotional and Behavioral Problems: Reducing Overdiagnosis Without Risking Undertreatment", *Dev Med Child Neurol* 54, no. 6 (2012): 492-94.
11. R. L. Morrow et al., "Influence of Relative Age on Diagnosis and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder", *CMAJ* 184, no. 7 (2012): 755-62.
12. Peter Parry, "Paediatric Bipolar Disorder (Pbd) and Pre-Pubertal Paediatric Bipolar Disorder (PPBD) – a Controversy from America" (2009) Black Dog Institute, <http://www.blackdoginstitute.org.au/docs/PaediatricbipolarisorderacontroversyfromtheUSA.pdf>.
13. A. Frances, Editorial: "Problems in Defining Clinical Significance in Epidemiological Studies", *Arch Gen Psychiatry* 55, no. 2 (1998): 119.
14. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, "Results from the 2009 National Survey on Drug Use and Health: Mental Health Findings" (Rockville, MD, 2012).
15. Peter D. Kramer, *Listening to Prozac* (Nova York: Penguin, 1993).
16. S. J. Williams, P. Martin, J. Gabe, "The Pharmaceuticalisation of Society? A Framework for Analysis", *Sociol Health Illn* 33, no. 5 (2011): 710-25.
17. Rick Newman, "Why Health Insurers Make Lousy Villains", *US News & World Report*, Money Section, 25 de agosto de 2009, acessado em 25 de setembro de 2012; <http://money.usnews.com/money/blogs/flowchart/2009/08/25/why-health-insurersmake-lousy-villains>.
18. M. A. Gagnon, J. Lexchin, "The Cost of Pushing Pills: A New Estimate of Pharmaceutical Promotion Expenditures in the United States", *PLoS Med* 5, no. 1 (2008), <http://www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.0050001>.
19. Jeffrey Lieberman et al., "Effects of Antipsychotic Drugs in Patients with Schizophrenia", *New England J Med* 353 (22 de setembro de 2005): 1209-33.
20. F. S. Sierles et al., "Medical Students' Exposure to and Attitudes About Drug Company Interactions: A National Survey", *JAMA* 294, no. 9 (2005): 1034-42.
21. R. Mojtabai, M. Olfson, "National Trends in Psychotropic Medication Polypharmacy in Office-Based Psychiatry", *Arch Gen Psychiatry* 67, no. 1 (2010).
22. J. S. Comer, M. Olfson, R. Mojtabai, "National Trends in Child and Adolescent Psychotropic Polypharmacy in Office-Based Practice, 1996-2007", *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 49, no. 10 (2010).
23. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, "Results on the 2011 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings", NSDUH Series H-41, HHS Publication No. (SMA) 11-4658. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2012.
24. Tracy Staton, Eric Palmer, "Pharma's Top Eleven Marketing Settlements", Fierce Pharma (26 de junho de 2012), <http://www.fiercepharma.com/special-reports/top-10-pharma-settlements/top-10-pharma-settlements>.
25. Bill Berkrot, Pierson Randell, "J&J to Pay \$181 Mln to Settle Improper Marketing Claims", Thomson Reuters News & Insights, 30 de agosto de 2012, <http://www.reuters.com/article/2012/08/30/us-johnsonandjohnson-settlement-idUSBRE87T10X20120830>.

26. Department of Justice, "GlaxoSmithKline to Plead Guilty and Pay \$3 Billion to Resolve Fraud Allegations and Failure to Report Safety Data (2012); <http://www.justice.gov/opa/pr/2012/July/12-civ-842.html>.
27. Department of Justice, "Abbott Labs to Pay \$1.5 Billion to Resolve Criminal Civil Investigations of Off-Label Promotion of Depakote" (2012), <http://www.justice.gov/opa/pr/2012/May/12-civ-585.html>.
28. Bill Berkrot, Pierson Randell, "J&J to Pay \$181 Mln to Settle Improper Marketing Claims", Thomson Reuters News & Insights, 30 de agosto 2012, <http://www.reuters.com/article/2012/08/30/us-johnsonandjohnson-settlement-idUSBRE87T10X20120830>.
29. Ed Silverman, "After the Risperdal Trial, J&J Looks More Like Humpty Dumpty", *Forbes*, 20 de janeiro de 2012, <http://www.forbes.com/sites/edsilverman/2012/01/20/after-the-risperdal-trial-jj-looks-more-like-humpty-dumpty>.
30. Department of Justice, "Novartis Pharmaceuticals Corp. to Pay More Than \$420 Million to Resolve Off-Label Promotion and Kickback Allegations" (2010); <http://www.justice.gov/opa/pr/2010/September/10-civ-1102.html>.
31. Department of Justice, "Drug Maker Forest Pleads Guilty; to Pay More Than \$303 Million to Resolve Criminal Charges and False Claims Act Allegations", (2010); <http://www.justice.gov/opa/pr/2010/September/10-civ-1028.html>.
32. Department of Justice, "Pharmaceutical Giant AstraZeneca to Pay \$520 Million for Off-Label Drug Marketing" (2010); <http://www.justice.gov/opa/pr/2010/April/10-civ-487.html>.
33. Department of Justice, "Pfizer to Pay \$2.3 Billion for Fraudulent Marketing" (2009); <http://www.justice.gov/opa/pr/2009/September/09-civ-900.html>.
34. Department of Justice, "Eli Lilly and Company Agrees to Pay \$1.415 Billion to Resolve Allegations of Off-Label Promotion of Zyprexa" (2009); <http://www.justice.gov/opa/pr/2009/January/09-civ-038.html>.
35. Department of Justice, "The Accomplishments of the U.S. Department of Justice 2001-2009" (2009), <http://www.fas.org/irp/agency/doj/2001-2009.pdf>.
36. Department of Justice, "Justice Department Recovers \$2 Billion for Fraud Against the Government in Fy 2007; More Than \$20 Billion since 1986" (2007); http://www.justice.gov/opa/pr/2007/November/07_civ_873.html.
37. Department of Justice, "Warner-Lambert to Pay \$430 Million to Resolve Criminal & Civil Health Care Liability Relating to Off-Label Promotion" (2004); http://www.justice.gov/opa/pr/2004/May/04_civ_322.htm.
38. J. C. Fournier et al., "Antidepressant Drug Effects and Depression Severity: A Patient-Level Meta-Analysis", *JAMA* 303, no. 1 (2010).
39. I. Kirsch, "Antidepressants and the Placebo Response", *Epidemiological Psychiatr Soc* 18, no. 4 (2009): 318-22.
40. M. Fassler et al., "Frequency and Circumstances of Placebo Use in Clinical Practice – a Systematic Review of Empirical Studies", *BMC Med* 8 (2010); <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/8/15>.

41. Laura A. Pratt, Debra J. Brody, Qiuping Gu, "Antidepressant Use in Persons Aged 12 and Over: United States, 2005-2008", in *NCHS Data Brief* (Hyattsville, MD, 2011).
42. Ryan Du Bosar, "Psychotropic Drug Prescriptions by Medical Specialty", *ACP Internist* (2009), <http://www.acpinternist.org/archives/2009/11/national-trends.htm>.
43. Leslie Russell, "Mental Health Care Services in Primary Care", monografia, Center for American Progress (outubro de 2010); <http://www.americanprogress.org/issues/healthcare/report/2010/10/04/8466/mental-health-care-services-in-primary-care>.
44. Peter J. Cunningham, "Beyond Parity: Primary Care Physicians' Perspective on Access to Mental Health Care", *Health Affairs* 28, no. 3 (maio/junho de 2009): 490-501; doi: 10.1377/hlthaff.28.3.w490.
45. L. N. Robins et al., "Lifetime Prevalence of Specific Psychiatric Disorders in Three Sites", *Arch Gen Psychiatry* 41, no. 10 (1984): 949-58.
46. R. C. Kessler et al., "Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distribution of *DSM-IV* Disorders in the National Comorbidity Survey Replication", *Arch Gen Psychiatry* 62, no. 6 (2005): 593-602.
47. R. de Graaf et al., "Prevalence of Mental Disorders and Trends from 1996 to 2009. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2", *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 47, no. 2 (2012): 303-13.
48. T. E. Moffitt et al., "How Common Are Common Mental Disorders? Evidence That Lifetime Prevalence Rates Are Doubled by Prospective Versus Retrospective Ascertainment", *Psychol Med* 40, no. 6 (2010): 899-909.
49. W. Copeland et al., "Cumulative Prevalence of Psychiatric Disorders by Young Adulthood: A Prospective Cohort Analysis from the Great Smoky Mountains Study", *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 50, no. 3 (2011): 252-61.
50. C. Moreno, G. Laje, C. Blanco, H. Jiang, A. B. Schmidt, M. Olfson, "National trends in the outpatient diagnosis and treatment of bipolar disorder in youth", *Arch Psychiatry* 64 (2007): 1032-39.
51. O CDC estima que uma a cada 88 crianças nos Estados Unidos tenha sido identificada como portadora de um transtorno do espectro autista (acessado em 8 de outubro de 2012); http://www.cdc.gov/media/releases/2012/p0329_autism_disorder.html.
52. B. Bloom, R. A. Cohen, G. Freeman, "Summary health statistics for U.S. children: National Health Interview Survey, 2010", National Center for Health Statistics. Vital Health Statistics, Series 10, no. 250 (2011); http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_10/sr10_250.pdf.
53. T. A. Ketter, "Diagnostic features, prevalence, and impact of bipolar disorder", *J Clin Psychiatry* 71, no. 6 (junho de 2010): e14.
54. Richard A. Friedman, "A Call for Caution on Antipsychotic Drugs", *New York Times*, Health Section, 24 de setembro de 2012 (acessado em 25 de setembro de 2012); http://www.nytimes.com/2012/09/25/health/a-call-for-caution-in-the-use-of-antipsychotic-drugs.html?_r=1.
55. B. L. Smith, "Inappropriate Prescribing", American Psychological Association; <http://www.apa.org/monitor/2012/06/prescribing.aspx> (acessado em 19 de setembro de 2012).

56. Michael Kleinrock, "The Use of Medications in the US: Review of 2012", IMS Institute for Health Informatics, p. 28 (acessado em 25 de setembro de 2012); http://www.imshealth.com/imshealth/Global/Content/IMS%20Institute/Documents/IHII_UseOfMed_report%20.pdf
57. Jonathan S. Comer, Ramin Mojtabai, Mark Olfson, "National Trends in the Antipsychotic Treatment of Outpatients with Anxiety Disorders", *Am J Psychiatry* 168 (2011): 1057-65.
58. G. Caleb Alexander et al., "Increasing Off-Label Use of Antipsychotic Medications in the US, 1995-2008", National Institutes of Health (6 de janeiro de 2011); doi: 10.1002/pds.2082.
59. Centers for Disease Control and Prevention, "Drug Overdose Deaths – Florida, 2003-2009", *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 60, no. 26 (2011).
60. Peter W. Chiarelli, "Army Health Promotion Risk Reduction Suicide Prevention Report 2010", U.S. Department of Defense, American Forces Press Service (2010), <http://www.defense.gov/News/NewsArticle.aspx?ID=60236>.
61. Gardiner Harris, "Talk Doesn't Pay, So Psychiatry Turns Instead to Drug Therapy", *New York Times*, 5 de março de 2011.
62. J. C. West et al., "Economic Grand Rounds: Financial Disincentives for the Provision of Psychotherapy", *Psychiatr Serv* 54, no. 12 (2003): 1582-83.
63. R. Mojtabai and M. Olfson, "National Patterns in Antidepressant Treatment by Psychiatrists and General Medical Providers: Results from the National Comorbidity Survey Replication", *J Clin Psychiatry* 69, no. 7 (2008): 1064-74.
64. M. W. Otto et al., "A Comparison of the Efficacy of Clonazepam and Cognitive-Behavioral Group Therapy for the Treatment of Social Phobia", *J Anxiety Disord* 14, no. 4 (2000): 345-58.
65. B. Roshanaei-Moghaddam et al., "Relative Effects of Cbt and Pharmacotherapy in Depression Versus Anxiety: Is Medication Somewhat Better for Depression, and Cbt Somewhat Better for Anxiety?" *Depress Anxiety* 28, no. 7 (2011): 560-67.
66. G. I. Spielmanns, M. I. Berman, A. N. Usitalo, "Psychotherapy Versus Second-Generation Antidepressants in the Treatment of Depression: A Meta-Analysis", *J Nerv Ment Dis* 199, no. 3 (2011): 142-49.
67. N. R. Sifton et al., "Stigma in America: Has Anything Changed? Impact of Perceptions of Mental Illness and Dangerousness on the Desire for Social Distance: 1996 and 2006", *J Nerv Ment Dis* 199, no. 6 (2011): 361-66.
68. R. Smith, "In Search of Non-Disease", *BMJ* 324, no. 7342 (13 de abril de 2002): 883-85.
69. Charles Rosenberg, *The Trial of the Assassin Guiteau* (Nova York: The Notable Trials Library, 1996).
70. P. S. Wang et al., "Use of Mental Health Services for Anxiety, Mood, and Substance Disorders in 17 Countries in the WHO World Mental Health Surveys", *The Lancet* 370, no. 9590 (2007): 841-50.

CAPÍTULO QUATRO

1. Hilary Evans, Robert E. Bartholomew, *Outbreak!, The Encyclopedia of Extraordinary Social Behavior* (San Antonio, TX: Anomalist Press, 2009).
2. I. M. Lewis, *Ecstatic Religion: A Study of Shamanism and Spiritual Possession* (Nova York: Routledge, 2003).
3. John Waller, *The Dancing Plague: The Strange True Story of an Extraordinary Illness* (Naperville, IL: Sourcebooks, 2009).
4. Mark Collins Jenkins, *Vampire Forensics: Uncovering the Origins of an Enduring Legend* (Washington, D.C.: National Geographic Society, 2010).
5. Johann Wolfgang von Goethe (traduzido e editado por Michael Hulse), *The Sorrows of Young Werther* (Londres, U.K.: Penguin Books, 1989).
6. CDC, "Suicide Contagion and the Reporting of Suicide; Recommendations from a National Workshop on Reporting on Suicide" (acessado em 22 de agosto de 2012): <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00031539.htm>.
7. Isaac G. Briggs, *Epilepsy, Hysteria and Neurasthenia: Their Causes, Symptoms, Treatment* (Charleston, SC: Bibliobazaar, 2007).
8. Josef Breuer, Sigmund Freud, *Studies in Hysteria* (Nova York: Basic Books, 2000).
9. Harold Merskey, *The Analysis of Hysteria*, 2. ed. (Londres: The Royal College of Psychiatry, 1995).
10. Corbett H. Thigpen, MD, Hervey Cleckley, MD, *The Three Faces of Eve* (Nova York: McGraw-Hill, 1957).
11. August Piper, MD, Harold Merskey, DM, "The Persistence of Folly: A Critical Examination of Dissociative Identity Disorder Part II: The Defence and Decline of Multiple Personality or DID", *Canadian J Psychiatry* 49, no. 10 (2004): 678-83.
12. Debbie Nathan, *Satan's Silence: Ritual Abuse and the Making of a Modern American Witch Hunt* (Lincoln, NE: Author's Choice Press, 1995).

CAPÍTULO CINCO

1. H. A. Pincus, "DSM-IV and new diagnostic categories: Holding the line on proliferation", *Am J Psychiatry* 149 (1992): 112-17.
2. Laura Batstra, Allen Frances, "Diagnostic Inflation: Causes and a Suggested Cure", *Nerv Ment Disease* 200, no. 6 (junho de 2012): 474-79; doi: 10.1097/NMD.0b013e318257c4a2.
3. Richard L. Morrow et al. "Influence of relative age on diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children", *CMAJ*, 5 de março de 2012; <http://www.cmaj.ca/content/early/2012/03/05/cmaj.111619.full.pdf+html>.
4. S. Boyles, "Study Confirms ADHD is more common in boys", *WebMD Health News*, 15 de setembro de 2004; <http://www.webmd.com/add-adhd/news/20040915/studyconfirms-adhd-is-more-common-in-boys> (acessado em 10 de março de 2011).
5. K. Bruchmüller, J. Margraf, S. Schneider, "Is ADHD Diagnosed in Accord with Diagnostic Criteria? Overdiagnosis and Influence of Client Gender on Diagnosis", *J Consult Clin Psychology*

80, no. 1 (fevereiro de 2012): 128-38; doi: 10.1037/a0026582.

6. Howard Wolinsky, "Disease Mongering and Drug Marketing", *EMBO Reports* 6, no. 7 (julho de 2005): 612-14, acessado em 4 de setembro de 2012; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1369125>.
7. C. B. Phillips, "Medicine goes to school: teachers as sickness brokers for ADHD", *PLoS Med.* 3, no. 4 (2006): 433-35.
8. "Short-Supply Prescription Drugs: Shining a Light on the Gray Market", Democratic Press Office, 25 de julho de 2012; http://commerce.senate.gov/public/index.cfm?p=Hearings&ContentRecord_id=0c41d6c9-cce9-4f59-bb82-fb19bfd057dc&ContentType_id=14f995b9-dfa5-407a-9d35-56cc7152a7ed&Group_id=b06c39af-e033-4cba-9221-de668ca1978a.
9. Martin Whitely, *Speed Up and Sit Still: The Controversies of ADHD Diagnosis and Treatment* (Perth: UWA Publishing, 2010).
10. Carmen Moreno, MD, et al., "National Trends in the Outpatient Diagnosis and Treatment of Bipolar Disorder in Youth", *Arch Gen Psychiatry* 64, no. 9 (setembro de 2007): 1032-39.
11. Joyce Nolan Harrison, MD, et al., "Antipsychotic Medication Prescribing Trends in Children and Adolescents", *J Ped Health Care* 26, no. 2 (março de 2012): 139-45.
12. Mark Olfson, MD, et al., "National trends in the outpatient treatment of children and adolescents with antipsychotic drugs", *Arch Gen Psychiatry* 63 (2006): 679-85.
13. Shelley Murphy, "Doctor Is Sued in Death of Girl, 4", *Boston Globe*, 4 de abril de 2008 (acessado em 25 de setembro de 2012); http://www.boston.com/news/local/articles/2008/04/04/doctor_is_sued_in_death_of_girl_4.
14. Centers for Disease Control and Prevention, "Autism Spectrum Disorders: Data and Statistics"; <http://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html> (acessado em 4 de setembro de 2012).
15. Young Shin Kim, MD, et al., "Prevalence of Autism Spectrum Disorders in a Total Population Sample", *Am J Psychiatry* 168 (2011): 904-12.
16. E. Fombonne, "Epidemiological studies of pervasive developmental disorders", in F. R. Volkmar, A. Klin, R. Paul, D. J. Cohen, eds. *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*, 3. ed. (Hoboken, NJ: John Wiley, 2005), 42-69.
17. Richard Horton, "A Statement by the Editors of Lancet", *The Lancet* 363, issue 9411 (6 de março de 2004): 820-21; doi: 10.1016/S0140-6736(04)15699-7.
18. A. Frances, The Autism Generation, Project Syndicate, 19 de julho de 2011; <http://www.project-syndicate.org/commentary/the-autism-generation> (acessado em 19 de setembro de 2012).
19. M. Ghaziuddin, "Should the DSM V drop Asperger syndrome?", *J Autism Dev Disord* 40 (2010): 1146-48.
20. Alan Zarendo, "Warrior Parents Fare Best in Securing Autism Services", *Los Angeles Times*, 13 de dezembro de 2011, Local Section; <http://www.latimes.com/news/local/autism/la-me-autism-day-two-html,0,3900437.htmlstory>.
21. Christine Fountain, Alix S. Winter, Peter S. Bearman, "Six Developmental Trajectories Characterize Children with Autism", *Pediatrics* 129, no. 5 (1o de maio de 2012): e1112-e1120.

22. V. Gibbs et al., "Brief Report: An Exploratory Study Comparing Diagnostic Outcomes for Autism Spectrum Disorders Under DSM-IV-TR with the Proposed *DSM-5* Revision", *J Autism Dev Disord* 42 (2012): 1750-56.
23. J. McPartland, B. Reichow, F. R. Volkmar, "Sensitivity and specificity of proposed *DSM-5* diagnostic criteria for autism spectrum disorder", *Psychiatry* 51 (2012): 368-83.
24. M. Mordre, B. Groholt, A. Knudsen, E. Sponheim, A. Mykletun, A. Myhre, "Is long term prognosis for pervasive developmental disorder not otherwise specified different from prognosis for autistic disorder? Findings from a 30 year follow up study", *Journal of Autism and Developmental Disorders* (2011); doi: 10.1007/s10803-011-1319-5.
25. M. Zimmerman et al., "Is Bipolar Disorder Overdiagnosed?" *J Clin Psychiatry* 69 (2008): 935-40.
26. A. M. Kilbourne, E. P. Post, M. S. Bauer et al., "Therapeutic drug and cardiovascular disease risk monitoring in patients with bipolar disorder", *J Affect Disord* 102 (2007): 145-51.
27. R. C. Kessler, W. T. Chiu, O. Demler, E. E. Walters, "Prevalence, severity, and comorbidity of twelve-month *DSM-IV* disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R)", *Arch Gene Psychiatry* 62, no. 6 (junho de 2005): 617-27.
28. C. Blanco, C. Garcia, M. R. Liebowitz, "Epidemiology of social anxiety disorder", in B. Bandelow, D. J. Stein, eds. *Social Anxiety Disorder* (Nova York: Marcel Dekker, 2004), 35-47.
29. Christopher Lane, PhD, *Shyness: How Normal Behavior Became a Sickness* (New Haven: Yale University Press, 2007).
30. U.S. Census Bureau Population Estimates by Demographic Characteristics. Table 2: Annual Estimates of the Population by Selected Age Groups and Sex for the United States: April 1, 2000, to July, 2004 (NC-EST2004-02) Fonte: Population Division, U.S. Census Bureau. Data de lançamento: 9 de junho de 2005. <http://www.census.gov/popest/national/asrh>.
31. Gordon Parker, "Is depression overdiagnosed? Yes." *BMJ*, 16 de agosto de 2007, <http://www.bmj.com/content/335/7615/328>.
32. A. V. Horwitz and J. C. Wakefield, *The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder* (Nova York: Oxford University Press, 2007).
33. Lisa K. Richardson, M.App.Psy., Christopher Frueh, PhD, Ronald Acierno, PhD, "Prevalence Estimates of Combat-Related PTSD: A Critical Review", *Aust N Z J Psychiatry* 44, no. 1 (janeiro de 2010): 4-19.
34. PTSD and the Law: An Update <http://www.google.com/url?q=http://www.ptsd.va.gov/professional/newsletters/research-quarterly/v22n1.pdf&sa=U&ei=RmxHUPWMLMusqQGCsYGICA&ved=0CBQQFjAA&usg=AFQjCNH0Vvk0GP0YsK8HOvry7P2H-Dvrfng>.
35. Helen Singer Kaplan, MD, *Sexual Desire Disorders: Dysfunctional Regulation of Sexual Motivation* (Levittown, PA: Brunner/Mazel, 1995).
36. Ray Moynihan, *Sex, Lies, and Pharmaceuticals: How Drug Companies Plan to Profit from Female Sexual Dysfunction* (Vancouver, BC: D & M Publishers, 2010).
37. A. Frances, M. First, "Paraphilia NOS, Nonconsent: Not Ready for the Courtroom", *Journal of American Academy of Psychiatry and the Law* 39, no. 4 (2011): 555-61.
38. S. Sreenivasan, L. E. Weinberger, A. Frances, "Normative and Consequential Ethics in Sexually Violent Predator Evaluations", *J Amer Psychiatry and the Law* (Analysis and Commentary) 38

(2010): 386-91.

39. Robert Musil, *A Man Without Qualities* (Nova York: Alfred A. Knopf, 1995).

CAPÍTULO SEIS

1. A. J. Frances, "A warning sign on the road to *DSM-V*: Beware of its unintended consequences", *Psychiatry Times* 26, no. 8 (2009): 1-4.
2. A. Frances, "Opening Pandora's Box: The Nineteen Worst Suggestions in *DSM-5*", *Psychiatric Times* (março e abril de 2009): <http://www.psychiatrictimes.com/print/article/10168/1522341>.
3. Laura Batstra, Ernst Thoutenhoofd, "The Risk That *DSM-5* Will Further Inflate the Diagnostic Bubble", *Current Psychiatry Reviews* 8, no. 4 (novembro de 2012): 260-63.
4. Joel Paris, MD, "The Risk That *DSM-5* Will Give Personality Dimensions a Bad Name", *Current Psychiatry Reviews* 8, no. 4 (novembro de 2012): 268-70.
5. A. J. Frances, "Dimensional diagnosis of personality – not whether, but when and which", *Psychol Inq* 4 (1993): 110-11.
6. Dayle K. Jones, PhD, "The Risk That *DSM-5* Will Reduce the Credibility of Psychiatric Diagnosis", *Current Psychiatry Reviews* 8, no. 4 (novembro de 2012): 277-80.
7. A. Frances, "Whither *DSM-5*", *British Journal of Psychiatry* 195, no. 5 (novembro de 2009): 391-92.
8. A. Frances, "The First Draft of *DSM-V*", *British Journal of Psychiatry*, 2 de março de 2010, <http://www.bmj.com/content/340/bmj.c1168?tab=responses>.
9. James Phillips, MD, Allen Frances, MD, "The Seven Biggest Risks Posed by *DSM-5*", *Current Psychiatry Reviews* 8, no. 4 (novembro de 2012): 257-59.
10. Dayle K. Jones, "A Critique of the *DSM-5* Field Trials", *Journal of Nervous & Mental Disease* 200, no. 6 (junho de 2012): 517-19; doi: 10.1097/NMD.0b013e318257c699.
11. A. Frances, "Limitations of Field Trials", *American Journal of Psychiatry* 166, no. 12 (dezembro de 2009): 1322.
12. Martin Whitely, Melissa Raven, PhD, "The Risk that *DSM-5* Will Result in a Misallocation of Scarce Resources", *Current Psychiatry Reviews* 8, no. 4 (novembro de 2012): 281-86.
13. Gary Greenberg, PhD, "The Risk That *DSM-5* Will Affect the Way We See Ourselves", *Current Psychiatry Reviews* 8, no. 4 (novembro de 2012): 287-89.
14. F. Leibenluft et al., "Chronic vs. episodic irritability in youth: A community-based, longitudinal study of clinical and diagnostic associations", *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 16 (2006): 456-66.
15. S. Crystal, M. Olfson, C. Huang, H. Pincus, T. Gerard, "Broadened use of atypical antipsychotics: Safety, effectiveness, and policy changes", *Health Affairs* 28, no. 5 (2009): 770-81.
16. Bradley T. Hyman et al., "National Institute on Aging-Alzheimer's Association guidelines for the neuropathologic assessment of Alzheimer's disease", *Alzheimer's & Dementia: The Journal of Alzheimer's Association* 8, no. 1 (2012): 1-13.

17. L. M. Schwartz, S. Woloshin, "How the FDA forgot the evidence: the case of donepezil 23 mg", *BMJ* 344 (2012): 1086.
18. Worst Pills, Best Pills, "Aricept", *Public Citizen*, setembro de 2012 (acessado em 5 de setembro de 2012); https://www.worstpills.org/results.cfm?drug_id=217&x=34&y=6.
19. Ethical Issues in Diagnosing and Treating Alzheimer's Disease; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2990623>.
20. J. I. Hudson, E. Hiripi, H. G. Pope Jr., R. C. Kessler, "The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication", *Biological Psychiatry* 61, no. 3 (2007): 348-58.
21. Joanna Moncrief, Sami Timimi, "Critical analysis of the concept of adult attention deficit hyperactivity disorder", *The Psychiatrist* 35 (2011): 334-38; doi: 10.1192/pb.bp.110.033423.
22. A. G. Harrison, M. J. Edwards, K. C. Parker, "Identifying students faking ADHD: Preliminary findings and strategies for detection", *Archives of Clinical Neuropsychology* 22, no. 5 (2007): 577-88.
23. C. A. Quinn, "Detection of malingering in assessment of adult ADHD", *Archives of Clinical Neuropsychology* 18, no. 4 (2003): 379-95.
24. B. K. Sullivan, K. May, L. Galbally, "Symptom exaggeration by college adults in attention-deficit hyperactivity disorder and learning disorder assessments", *Applied Neuropsychology* 14, no. 3 (2007): 189-207.
25. Jerome C. Wakefield and Mark F. Schmitz, "Recurrence of Depression After Bereavement-Related Depression: Evidence for the Validity of DSM-IV Bereavement Exclusion from the Epidemiologic Catchment Area Study", *Journal of Nervous & Mental Disease* 200, no. 6 (junho de 2012): 480-85; doi: 10.1097/NMD.0b013e318248213f.
26. "Living with Grief" (editorial) *Lancet* 379, no. 9816 (18 de fevereiro de 2012): 589. doi: 10.1016/S01406736(12)60248-7.
27. Arthur Kleinman, "Culture, Bereavement, Psychiatry", *The Lancet* 379, no. 9816 (18 de fevereiro de 2012): 608-609; doi: 10.1016/S0140-6736(12)60258-X.
28. Richard A. Friedman, MD, "Grief, Depression, and the DSM-5", *N Engl J Med* 366 (17 de maio de 2012): 1855-57.
29. Joanne Cacciatore, "Blog Post Goes Viral: MISS Foundation + Over 75K Readers Denounce DSM-5 Changes to Bereavement Exclusion", *PR Web*, postado em 6 de março de 2012; http://www.prweb.com/releases/DSMV_EthicalRelativism/Cacciatore/prweb928619.htm (acessado em 5 de setembro de 2012).
30. Ron Mihordin, "Behavioral Addiction – Quo Vadis?" *Journal of Nervous & Mental Disease* 200, no. 6 (junho de 2012): 489-91; doi: 10.1097/NMD.0b013e318257c503.
31. R. Collier, "Internet addiction: New-age diagnosis or symptom of age-old problem?" *Canadian Medical Association Journal* 181, no. 9 (2009): 575-76.
32. Wikipedia. "Oniomania", última modificação: 4 de agosto de 2012; <http://en.wikipedia.org/wiki/Oniomania>.
33. Wikipedia. "Workaholic", última modificação: 22 de agosto de 2012; <http://en.wikipedia.org/wiki/Workaholic>.

- Wikipedia, “Exercise Addicton”, última modificação: 29 de junho de 2012;
34. http://en.wikipedia.org/wiki/Exercise_addiction.
35. Wikipedia, “Tanning Addiction”, última modificação: 2 de agosto de 2012; http://en.wikipedia.org/wiki/Tanning_addiction.
36. Jane Collingwood, “Does Chocolate Addiction Exist?” PsychCentral.com, <http://psychcentral.com/lib/2006/does-chocolate-addiction-exist>.
37. Alison Yung, MD, “Should attenuated psychosis syndrome be included in *DSM-5*?” *The Lancet* 379, no. 9816 (18 de fevereiro de 2012): 591-92; doi: 10.1016/S0140-6736(11)61507-9.
38. Peter J. Weiden, MD, “The Risk That *DSM-5* Will Promote Even More Inappropriate Anti-psychotic Exposure in Children and Teenagers”, *Current Psychiatry Reviews* 8, no. 4 (novembro de 2012): 271-76.
39. C. M. Corcoran, M. B. First, B. Cornblatt, “The psychosis risk syndrome and its proposed inclusion in the *DSM-V*: A risk-benefit analysis”, *Schizophr Res* 120 (2010): 16-22.
40. Colin Ross “*DSM-5* and the ‘Psychosis Risk Syndrome’: Eight reasons to reject it”, *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches* 2, no. 2 (2010): 107-10; <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/17522431003763323>.
41. A. Jennex, D. M. Gardner, “Monitoring and management of metabolic risk factors in outpatients taking antipsychotic drugs: a controlled study”, *Can J Psychiatry* 53 (2008): 4-42.
42. Neeltje M. Batelaan, Jan Spijker, Ron de Graaf, Cuijpers, “Mixed Anxiety Depression Should Not Be Included in *DSM-5*”, *Pim Journal of Nervous & Mental Disease* 200, no. 6 (junho de 2012): 495-98; doi: 10.1097/NMD.0b013e318257c4c9.
43. K. Walters et al., “Mixed anxiety and depressive disorder outcomes: prospective cohort study in primary care”, *Br J Psychiatry* 198, no. 6 (junho de 2011): 472-78.
44. A. J. Frances, “The forensic risks of *DSM-V* and how to avoid them”, *J Am Academy Psychiatry Law* 38 (2010): 11-14.
45. P. Good and J. Burstein, “Hebephilia and the Construction of a Fictitious Diagnosis”, *Journal of Nervous & Mental Disease* 200, no. 6 (junho de 2012): 492-94; doi: 10.1097/NMD.0b013e318257c4f1.
46. Allen Frances, MD, “The Risk That *DSM-5* Will Exacerbate the SVP Mess in Forensic Psychiatry”, *Current Psychiatry Reviews* 8, no. 4 (novembro de 2012): 264-67.
47. A. J. Reid Finlayson, John Sealy, Peter R. Martin, “Sexual Addiction and Compulsivity”, *Journal of Treatment & Prevention* 8, no. 3-4 (2001): 241-51; doi: 10.1080/107201601753459946.
48. R. C. Kessler, K. R. Merikangas, P. Berglind, W. W. Eaton, D. S. Koretz, E. E. Walters, “Mild disorders should not be eliminated from the *DSM-5*”, *Arch Gen Psychiatry* 60 (2003): 1117-22.

CAPÍTULO SETE

1. Mark Thornton, “Alcohol Prohibition Was a Failure”, *Policy Analysis* (1991); <http://www.cato.org/publications/policy-analysis/alcohol-prohibition-was-a-failure>.

2. "The Drug War Spreads Instability", *The Globe and Mail*, 26 de abril de 2012, última modificação: 6 de setembro de 2012, editorial; <http://www.theglobeandmail.com/commentary/the-drug-war-spreads-instability/article4104311>.
3. Centers for Disease Control and Prevention, "Prescription Painkiller Overdoses at Epidemic Levels" (2012); http://www.cdc.gov/media/releases/2011/p1101_flu_pain_killer_overdose.html.
4. Global Commission on Drug Policy, "The War on Drugs and HIV/AIDS: How the Criminalization of Drug Use Fuels the Global Pandemic", http://globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/GCDP_HIVAIDS_2012_REFERENCE.pdf.
5. Melissa Raven, "Direct-to-Consumer Advertising: Healthy Education or Corporate Spin?" *Health Skepticism International News* (2004); <http://www.healthskepticism.org/global/news/int/hsin2004-09>.
6. Lee Fang, "When a Congressman Becomes a Lobbyist, He Gets a 1,452 Percent Raise (on Average)", *The Nation*, 24 de março de 2012. <http://www.thenation.com/article/166809/when-congressman-becomes-lobbyist-he-gets-1452-percent-raise-average#>.
7. Marcia Angell, "The Truth About the Drug Companies", *New York Review of Books* 51, no. 12 (2004): 52-58.
8. K. Abbasi, R. Smith, "No More Free Lunches", *BMJ* 326, no. 7400 (2003): 1155.
9. A. Fugh-Berman, S. Ahari, "Following the Script: How Drug Reps Make Friends and Influence Doctors", *PloS Med* 4, no. 4 (2007), <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17455991>.
10. "An Unhealthy Disregard", *Nat Med* 16, no. 6 (2010): 609.
11. R. N. Moynihan, "Kissing Goodbye to Key Opinion Leaders", *Med J Aust* 196, no. 11 (2012): 671.
12. John Kaplan, "The Cost of Doing Business? Pharmaceutical Company Fines", *Bioethics Today*, 2 de agosto de 2012, <http://www.amc.edu/bioethicsblog/post.cfm/the-cost-of-doing-business-pharmaceutical-company-fines>.
13. B. Mintzes, "Should Patient Groups Accept Money from Drug Companies? No", *BMJ* 334, no. 7600 (2007): 935.
14. B. Mintzes, "Disease Mongering in Drug Promotion: Do Governments Have a Regulatory Role?" *PLoS Med* 3, no. 4 (2006); <http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2FJournal.pmed.0030198>.
15. A. J. Fryer et al., "Discontinuation of Alprazolam Treatment in Panic Patients", *Am J Psychiatry* 144, no. 3 (1987): 303-308.
16. David Rosenfeld, "Jackson Case Highlights Medical Ethics", *Pacific Standard* (2012) <http://www.psmag.com/health/jackson-case-highlights-medical-ethics-3572/>.
17. L. Batstra, A. Frances, "Diagnostic Inflation: Causes and a Suggested Cure", *J Nerv Ment Dis* 200, no. 6 (2012): 474-79.
18. J. S. Comer, M. Olfson, R. Mojtabai, "National Trends in Child and Adolescent Psychotropic Polypharmacy in Office-Based Practice, 1996-2007", *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 49, no. 10 (2010): 1001-10.
19. E. R. Hajar, A. C. Cafiero, J. T. Hanlon, "Polypharmacy in Elderly Patients", *Am J Geriatr Pharmacoter* 5, no. 4 (2007): 345-51.

20. V. Barbour et al., “False Hopes, Unwarranted Fears: The Trouble with Medical News Stories”, *PLoS Med* 5, no. 5 (2008)
<http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.0050118>.

CAPÍTULO OITO

1. A. Frances, *Essentials of Psychiatric Diagnosis* (Nova York: Guilford Press, 2013).

TERMOS DE BUSCA

A

Abilify, 1, 2

abuso de drogas prescritas, 1, 2

abuso de ritual satânico, 1

abuso de substâncias, 1, 2

Adam, a história de, transtorno obsessivo-compulsivo, 1-2

adição comportamental, 1-2

adições, 1-2

Administração de Veteranos, 1

agorafobia, a história de Susan, 1-2

aids/HIV, 1

álcool:

- e dançomanias, 1

- impacto no transtorno mental, 1, 2

alienistas, 1

amiloide, 1

animismo, 1

anjos, 1

anormal:

- definições de, 1, 2, 3, 4-5

- linha entre o normal e o, 1, 2

- versus* harmonia, 1

ansiolíticos, 1, 2, 3

antidepressivos:

- e antipsicóticos, 1

- efeitos colaterais dos, 1
- fáceis de usar, 1, 2
- lucratividade dos, 1, 2
- mau uso de, 1-2
- overdoses letais de, 1
- surgimento dos, 1
- e transtorno bipolar tipo II, 1
- e transtorno depressivo maior, 1-2
- tricíclicos, 1
- antidepressivos ISRS, 1, 2, 3
- antidepressivos tricíclicos, 1
- antipsicóticos:
 - e antidepressivos, 1
 - efeitos colaterais dos, 1-2, 3-4
 - lucratividade dos, 1, 2
 - mau uso de, 1
 - sobreprescrição de, 1-2, 3-4, 5
 - surgimento dos, 1
 - e temperamento, 1
- antropologia, conceitos de “normal” em, 1-2
- asilos, cuidado em, 1-2
- Asperger, transtorno de, 1-2
- assassinatos, 1
- assistentes sociais, como diagnosticadores, 1
- Associação Norte-Americana de Psiquiatria (APA):
 - ausência de responsabilidade na, 1
 - conflito de interesses na, 1
 - e o *DSM-5*, 1, 2, 3, 4, 5-6, 7, 8
 - e o *DSM-I*, 1
 - e o *DSM-III*, 1, 2
 - e o *DSM-IV*, 1, 2
 - retirada do patrocínio do *DSM*, 1-2
- autismo:
 - falsa epidemia de, 1, 2, 3, 4, 5, 6-7

- a história de Todd, 1-2
- e vacinação, 1, 2
- autodiagnóstico, 1, 2, 3-4
- auto-observação, 1
- autoprescrição, 1
- autorrelato, 1

B

- barbitúricos, 1
- Beard, George Miller, 1, 2-3
- benefícios para veteranos, 1
- benefícios por invalidez, 1, 2, 3
- benzodiazepinas, 1-2
- besouros, 1
- bichinhos de estimação, a história de Roberta, 1-2
- Bill, a história de, variações de humor, 1-2
- Brahe, Tycho, 1, 2
- Brandy, a história de, transtorno de personalidade limítrofe, 1-2
- Breivik, Anders, 1
- Breuer, Joseph, 1-2
- brometos, 1
- Brooks, a história de, transtorno esquizoafetivo, 1-2
- bruxas, 1
- Buspar, 1

C

- caça às bruxas, 1-2
- campanha de “escolha inteligente”, 1, 2
- causas ambientais de doenças, 1, 2
- Celexa, 1, 2
- células, equilíbrio metabólico nas, 1
- cérebro:
 - complexidade do, 1-2
 - e emoções, 1

- e frisson da mídia, 1
- e homeostase, 1
- e neurociência, 1
- e percepção sensorial, 1
- e testes de laboratório, 1-2
- programação do, 1
- Charcot, Jean-Martin, 1, 2, 3, 4, 5
- CID-10*, 1
- CID-11*, 1
- ciência, 1, 2
 - abstrações na, 1
 - e a busca pela verdade, 1
 - processo de três estágios da, 1
- classificação, 1, 2, 3, 4-5, 6-7, 8, 9
- Cleo, a história de, TDAH, 1-2
- clínico, trabalhando com, 1-2
- código genético, 1
- comportamento anormal, como ameaça à tribo, 1
- comportamento compulsivo, 1
- confiabilidade, 1, 2
- conjuntos de critérios, 1-2, 3-4, 5
- consciência do consumidor, 1-2
 - autodiagnóstico, 1, 2, 3-4
 - checando o diagnóstico, 1-2
 - cuidado do consumidor, 1-2
 - cura natural, 1-2
 - envolvimento da família, 1-2
 - fabricantes de remédios, 1-2
 - manutenção de registros, 1-2
 - melhor disciplina para diagnóstico, 1-2
 - modismos diagnósticos, 1
 - reavaliação de diagnóstico, 1-2
 - remédios herbáceos, 1
 - segunda opinião, 1, 2-3

trabalhando com o clínico, 1-2
Constituição norte-americana e detenção de criminosos, 1-2
consumidores, propaganda direta aos *ver* fabricantes de remédios
contagem de sintomas, 1-2
Cook, capitão James, 1
Copérnico, 1
Corão, 1
coreia, 1
crianças:
 diagnóstico excessivo de, 1
 escândalo de abusos sexuais em creches, 1-2
 ganho de peso em, 1, 2
 marketing para, 1
 e pedofilia, 1-2
 pirraças de, 1-2
criminosos, detenção de, 1-2
Critérios Diagnósticos de Pesquisa, 1
cuidado do comprador, 1
cura, 1-2
 fé, 1, 2, 3
 natural, 1, 2, 3-4
cura natural, 1, 2, 3-4
cura pela fé, 1, 2, 3

D

dança de são vito, 1-2
dançomanias, 1-2
Darwin, Charles, 1, 2
demência, 1-2
demência causada pelo Alzheimer:
 risco de, 1-2
 testes de laboratório necessários para, 1
Demócrito, 1
demônios/possessão demoníaca, 1-2, 3, 4-5, 6

dependência de cafeína, 1

dependência química, 1

depressão:

- conjunto de critérios para, 1

- a história de Peter, 1-2

- a história de Roberta, 1-2

- e transtorno bipolar tipo II, 1-2

- transtorno depressivo maior, 1-2, 3-4

- transtorno misto de ansiedade e depressão, 1-2

desejo, homem normal, 1-2

desequilíbrio químico, 1, 2, 3, 4

desvio-padrão (DP), 1, 2

deuses/deusas, 1-2

diagnóstico:

- ambiente ótimo para, 1

- assistido por computador, 1

- autodiagnóstico, 1, 2-3

- baseado em critérios, 1-2

- baseado em pesquisas, 1, 2

- caso didático clássico, 1-2

- checando, 1-2

- com resultados insatisfatórios, 1

- como parte da avaliação geral, 1-2, 3

- danos colaterais de erros em, 1

- degrau por degrau, 1-2

- diagnóstico errado, 1, 2, 3-4

- falhas do, 1

- lista de checagem como base para, 1

- melhor disciplina para, 1-2

- modismos em, 1

- necessário para prescrição, 1

- precoce, 1

- reavaliação de, 1-2

- segunda opinião sobre, 1, 2-3

- e seguros, 1
- “vitalício”, 1
- diagnóstico degrau por degrau, 1-2
- diagnóstico errado, danos colaterais advindos do, 1, 2, 3-4
- “diagnóstico vitalício”, 1
- diário, manter notas em, 1
- disfunção erétil (impotência sexual), 1-2
- disfunção sexual, 1-2
- Disraeli, Benjamin, 1
- dissociação, 1-2
- distribuição, normal, 1-2, 3
- diversidade, 1, 2, 3, 4-5
- doenças, causas ambientais de, 1, 2
- “doentes de preocupação”, sobretratamento dos, 1, 2
- Dole, Bob, 1
- doutores *ver* médicos peregrinos
- drogas:
 - aditivas, 1, 2, 3, 4
 - autoprescrição de, 1
 - distribuição de, 1-2
 - eliminação, 1
 - fáceis de usar, 1-2
 - fácil disponibilidade de, 1
 - fatura de, 1-2
 - guerra equivocada às, 1-2
 - a história de Maria, 1-2
 - a história de Myra, 1-2
 - impacto sobre o transtorno mental, 1-2, 3-4
 - legais, mau uso de, 1
 - overdoses de, 1
 - prescrições múltiplas de, 1-2
 - sobreprescrição, 1-2
 - uso *off-label* de, 1
 - uso por adolescentes de, 1

- vigilância pós-aprovação de, 1
- drogas aditivas, 1, 2, 3, 4
- drogas psicotrópicas, 1, 2, 3-4
 - overdoses de, 1
 - prescrições múltiplas para, 1-2
- drogas psiquiátricas:
 - lucratividade das, 1, 2, 3, 4-5
- DSM-I*, 1
- DSM-II*, 1
- DSM-III*, 1-2, 3
 - base em sintomas superficiais no, 1
 - conjuntos de critérios no, 1-2, 3
 - criação do, 1, 2-3, 4
 - impacto do, 1, 2-3
 - limitações do, 1-2, 3
 - revisões do, 1, 2
 - sistema multiaxial no, 1
 - transtornos sexuais, 1
- DSM-III-R*, 1-2, 3, 4
- DSM-IV*, 1-2
 - controle de qualidade no, 1
 - custo do, 1
 - e estilo de liderança, 1
 - exame de literatura no, 1
 - experimentos de campo para o, 1, 2
 - e fabricantes de remédios, 1-2
 - falsas epidemias originárias do, 1, 2, 3-4
 - guia, 1
 - impacto negativo do, 1
 - limiares diagnósticos no, 1
 - Livro de Opções, 1
 - Livro de Referência, 1
 - mau uso do, 1, 2-3, 4, 5, 6, 7-8, 9-10, 11
 - metas para, 1

procedimentos operacionais padrão no, 1, 2
quanto aos transtornos sexuais, 1
reanálises de dados no, 1
resultados positivos do, 1
revisões da série no, 1-2
mercado crescente para, 1

DSM-5:

ambição do, 1
e a APA, 1, 2, 3, 4, 5-6, 7, 8
ausência de controle de qualidade no, 1-2, 3
ausência de revisão por pares no, 1
como propriedade intelectual protegida, 1
e conflito de interesses, 1
custos do, 1
erros vistos no, 1, 2, 3
e estilo de liderança, 1
exames de literatura para, 1
experimentos de campo para, 1-2
impacto negativo do, 1-2
e mídia, 1, 2-3
e modismos futuros, 1-2, 3, 4-5
mudanças refletidas no, 1-2
preparação do, 1-2, 3-4
sigilo no, 1-2, 3, 4

DSMs:

bases dos, 1
como ferramentas poderosas, 1, 2, 3, 4, 5-6
conjuntos de critérios nos, 1-2, 3, 4
critérios para mudanças nos, 1-2, 3, 4-5
diagnóstico requerido para prescrição, 1
e pesquisa, 1, 2
e seguros, 1
edições e revisões dos, 1-2
incoerências dentro dos, 1-2

- inflação diagnóstica baseada nos, 1-2, 3, 4-5, 6-7, 8, 9-10, 11-12
- influência dos, 1
- lucratividade dos, 1, 2, 3
- mau uso dos, 1
- retrospecto ambíguo dos, 1
- sensibilidade como objetivo nos, 1-2, 3

Durkheim, Emile, 1

E

- efeito placebo, 1-2, 3, 4
- Eisenhower, Dwight D., 1
- Elavil, 1
- eletroterapia, 1
- emoções, 1
 - adaptativas, 1
- envolvimento da família, 1-2
- epidemiologia, 1
- episódios hipomaniacos, 1
- equilíbrio, 1-2, 3-4, 5
- escândalo de abuso sexual em creches, 1-2
- escolhas de estilo de vida, e adição, 1
- Esculápio, 1-2
- esperança, poder da, 1
- esquecimento, 1, 2-3
- esquizofrenia, 1, 2
 - e abuso de drogas, 1-2
 - a história de Henry, 1-2
 - a história de Mindy, 1-2
 - pseudoneurótica, 1
 - e síndrome do risco de psicose, 1-2, 3-4
 - transtorno bipolar *versus*, 1, 2, 3
 - tratamento da, 1
- estigma, 1-2, 3
- estimulantes, 1, 2, 3, 4, 5, 6-7

- estresse, 1-2
 - e temperamento, 1-2
 - TEPT, 1-2
- estupro, 1-2
- evolução, 1
- exames de rastreamento, 1-2
- excentricidade, 1
- exorcismo, 1, 2, 3-4
- expectativa, 1
- expectativa de vida, 1, 2
- experimentos de campo:
 - controle em, 1
 - em clínicas de pesquisa universitárias, 1
 - Em primeiro lugar, não cause dano, 1-2
 - falibilidade de, 1, 2-3
 - e generalização, 1-2
 - nomes *versus* números em, 1-2
 - revisados por pares, 1, 2
 - seleção de pacientes em, 1
- explosões de destempero, 1, 2-3

F

- fabricantes de remédios:
 - colaboração entre médicos e, 1, 2-3
 - e conflito de interesses, 1
 - controlando os excessos dos, 1-2
 - desinformação difundida por, 1, 2-3
 - e falsas epidemias, 1
 - hall da lama, 1-2
 - lobby dos, 1, 2
 - lucratividade dos, 1, 2, 3, 4, 5-6, 7, 8, 9
 - pesquisa por, 1-2, 3 e placebos, 4
 - precificação monopolista por, 1
 - promoção da doença, 1, 2, 3, 4, 5-6, 7-8, 9

- propaganda direta aos consumidores, 1, 2, 3, 4, 5-6, 7-8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15-16, 17, 18, 19
- proteção monopolista de patentes de, 1, 2-3
- simpósios patrocinados por, 1
- uso excessivo de drogas, 1, 2, 3
- falta de autoconsciência, 1
- fator social, poder do, 1
- ferro, 1
- filosofia:
 - natural, 1, 2-3
 - o “normal” definido pela, 1-2
- filosofia natural, 1, 2-3
- fobia social, 1-2
- fobia, 1
- Food and Drug Administration (FDA), 1, 2, 3
- fracasso do tratamento, 1
- frenite, 1
- Freud, Sigmund, 1-2, 3, 4-5, 6, 7, 8-9
- funcionamento cognitivo, 1-2
- Fundação MacArthur, 1

G

- Galeno, 1-2, 3-4, 5
- Galileu Galilei, 1
- Garfield, James, 1
- Gauss, curva de, 1, 2, 3, 4
- generalização, 1
- gregos, medicina inventada pelos, 1, 2
- grupos de defesa do consumidor, 1, 2-3, 4
- Guerra Mundial, Primeira, 1
- Guerra Mundial, Segunda, 1-2
- Guerras Napoleônicas, 1
- guildas medievais, 1
- Guiteau, Charles, 1

gula, 1-2
gurus, 1, 2

H

Haldane, J. B. S., 1
harmonia, 1, 2
hebefilia, 1-2
hedonismo, 1
Henry, a história de, esquizofrenia, 1-2
hidrato de cloral, 1
hiperatividade, 1
hiperinflação, 1
hipersexualidade, 1-2
hipnose, 1-2, 3-4
hipocondria, 1, 2
Hipócrates, 1, 2-3, 4, 5-6, 7, 8, 9
histeria, 1, 2-3
 histeria dos vampiros, 1-2
 e transtorno de conversão, 1-2
Hitler, Adolf, 1
homem da medicina (xamã), 1-2, 3, 4
homeostase, 1-2
hospitais:
 caridade, 1
 cuidado de asilo em, 1-2
hospitais de caridade cristãos, 1
Humpty Dumpty (ficção), 1
Huxley, Aldous, 1, 2, 3

I

Ícaro, 1-2
idosos:
 marketing para, 1
 perda de memória em, 1-2

Iluminismo, 1, 2-3, 4, 5, 6
IMAOs, 1
incubação, 1-2
indústria farmacêutica *ver* fabricantes de remédios
inflação diagnóstica, 1-2
 causas da, 1, 2-3
 como hiperinflação, 1
 consequências da, 1, 2-3
 custos da, 1-2
 domando, 1-2
 e drogas fáceis de usar, 1-2
 DSM como base da, 1-2, 3, 4-5, 6-7, 8, 9-10, 11-12
 e efeito placebo, 1-2
 e erros de contagem, 1-2
 e estresse, 1-2
 e falsas epidemias, 1
 e lucros dos fabricantes de remédios, 1
 e modismos, 1-2
 por clínicos gerais, 1-2
 e promoção da doença, 1-2
 e rotulação, 1-2
inquisição, 1, 2
instinto, 1
Instituto Nacional de Saúde Mental, 1, 2, 3, 4
internações psiquiátricas involuntárias, 1
internet:
 adição à, 1, 2-3
 drogas comercializadas na, 1
 dupla verificação de informações da, 1
 influência da, 1, 2, 3
Islã *ver* mundo muçulmano

J

Janet, Pierre-Marie-Félix, 1

jogos, aditivos, 1

K

Kaplan, Helen Singer, 1

Kepler, Johannes, 1, 2

Kraepelin, Emil, 1-2

L

lei das médias, 1

Lewis, Mindy, 1-2

libido, 1

Librium, 1-2, 3, 4, 5

Lincoln, Abraham, 1

Lineu, Carl, 1-2, 3-4

lítio, 1, 2

Liz, a história de, transtorno bipolar infantil, 1-2

lobo frontal, 1

Locke, John, 1

luto, 1-2

 a história de Sarah, 1-2

 Paul e Janet, 1-2

M

Malleus Maleficarum, 1

Mania (demônio), 1

mania (doença), 1, 2

Manual Diagnóstico e Estatístico *ver DSM*

manutenção de registros, 1-2

Maria, a história de, abuso de drogas, 1-2

Maria Teresa, rainha da Áustria, 1

medicamentos, registros de, 1

medicina:

 aprendizado de cabeceira, 1

 baseada em evidências, 1

- de base vegetal, 1
- invenção pelos gregos da, 1, 2
- no mundo muçulmano, 1-2
- “normal” definido na, 1-2
- e psiquiatria, 1-2
- regra dos terços na, 1
- ver também* drogas

médicos:

- clínica geral, 1-2, 3, 4-5
- como traficantes de comprimidos, 1
- e companhias de seguros, 1
- e fabricantes de remédios, 1, 2-3
- prescrições de, 1-2, 3

médicos peregrinos, 1

melancolia, 1, 2-3

- a história de Peter, 1-2

Mencken, H. L., 1

Mendeleiev, Dmitri, 1

mídia:

- e o *DSM-5*, 1, 2-3
- e escândalo das creches, 1-2
- e falsas epidemias, 1, 2
- influência da, 1
- jornalismo investigativo, 1, 2-3
- propaganda na, 1

milagres da fé, 1

Miltown, 1

Mindy, a história de, esquizofrenia, 1-2

mitos, 1-2, 3, 4

modismos *ver* modismos psiquiátricos

modismos psiquiátricos, 1, 2-3, 4-5

- adição comportamental, 1-2

- caça às bruxas, 1-2

- dançomanias, 1-2

- em diagnósticos, 1
- e o *DSM-5*, 1-2, 3, 4-5
- e o *DSM-IV*, 1, 2, 3, 4-5
- efeito Werther, 1-2
- e falsas epidemias, 1-2
- hebefilia, 1-2
- hipersexualidade, 1-2
- histeria dos vampiros, 1-2
- histeria/transtorno de conversão, 1-2
- e inflação diagnóstica, 1-2
- neurastenia, 1-2
- e neurociência, 1-2
- possessão demoníaca, 1-2
- seguindo a manada, 1
- síndrome do risco de psicose, 1-2
- TDAH em adultos, 1-2
- transtorno da compulsão alimentar (TCA), 1, 2, 3-4
- transtorno de múltiplas personalidades (TMP), 1-2
- transtorno depressivo maior (TDM), 1-2
- transtorno disruptivo da desregulação do humor (TDDH), 1-2
- transtorno misto de ansiedade e depressão (TMAD), 1-2
- transtorno neurocognitivo leve (TNL), 1-2
- transtorno somatoforme, 1-2
- mortes iatrogênicas, 1
- Moynihan, Ray, 1
- mundo muçulmano:
 - medicina no, 1-2
 - psiquiatria no, 1-2
- mundo natural, classificação do, 1-2
- Musil, Robert, 1
- Myra, a história de, drogas prescritas, 1-2

N

- Nardil, 1

neurastenia, 1-2
neurociência, 1-2, 3
neurologia, 1-2, 3-4
neurônios, 1
neuroses, 1
neurotransmissores, 1, 2
Newton, Isaac, 1, 2
nomeação, 1-2
normal:
 no contexto cultural, 1, 2-3, 4-5
 definições do, 1-2, 3
 desaparecimento do, 1
 determinação contextual do, 1, 2, 3
 estatístico, 1, 2-3, 4
 fragilidade do, 1
 moralmente, 1
 na psiquiatria, 1-2
 e resiliência, 1-2
 salvando, 1
 visão médica do, 1-2
normas de gênero, 1
nosologia, 1

O

Obamacare, 1
obesidade, 1, 2, 3, 4
observação clínica, 1, 2
opiáceos, 1, 2
Organização Mundial da Saúde (OMS), 1, 2, 3
organizações profissionais, 1-2
orientadores, como diagnosticadores, 1

P

padrões, encontrando, 1-2

padronização, 1-2
Pappenheim, Bertha (Anna O.), 1
parafilia, 1
paraldeído, 1
Paul e Janet, TEPT, 1-2
Paxil, 1, 2, 3
pecado, 1-2
pedofilia, 1-2
pensamento positivo, poder do, 1
percepção sensorial, 1
perda de memória, 1, 2-3
perfectibilidade do homem, 1
peste, 1
Peter, a história de, melancolia, 1-2
Pinel, Philippe, 1, 2-3
pirraças, 1, 2-3
Pitágoras, 1
poder de sugestão, 1
polifarmácia, 1-2
predador sexual violento (SVP), 1-2, 3, 4
prevenção, frisson pela, 1-2, 3, 4-5
profecias autorrealizáveis, 1
profissionais de enfermagem, como diagnosticadores, 1
profusão de diagnósticos, 1
profusão de médicos, 1
profusão de tratamentos, 1
programação masculina, 1
promoção da doença, 1, 2, 3, 4, 5-6, 7-8, 9
propaganda:
 lucratividade da, 1
 provocativa, 1
 ver também fabricantes de remédios
proporção áurea, 1, 2, 3
Proteu (deus dos mares), 1-2

Prozac, 1, 2-3
psicanálise, 1, 2-3, 4-5
psicólogos, como diagnosticadores, 1
psicoterapia, 1-2
psiquiatras, como diagnosticadores, 1-2
psiquiatria, 1-2
 ausência de testes biológicos na, 1-2
 classificação na, 1
 credibilidade da, 1
 definições do “normal” na, 1-2
 julgamentos subjetivos na, 1, 2, 3
 no mundo árabe, 1-2
 observação clínica na, 1, 2
 e medicina, 1-2
 paciente ambulatorial, 1
 pesquisa em, 1-2, 3, 4
 piores e melhores (casos) da, 1-2
 prescrições de clínicos gerais na, 1-2, 3, 4-5
 profissão da, 1, 2-3

Q

quinina, 1

R

realidade, natureza da, 1-2
regra dos terços, 1
religião, 1-2, 3-4
 milagres da fé, 1
remédios herbáceos, 1
Renascimento, 1
resiliência, 1-2, 3
responsabilidade, 1
Revolução Francesa, 1
Revolução Industrial, 1

revolução sexual, 1-2

Risperdal, 1

rituais, 1-2

Roberta, a história de, animais de estimação, 1-2

rotulação, 1-2, 3-4, 5, 6-7

S

sacerdotes, 1-2, 3

Sarah, a história de, luto, 1-2

saúde *versus* doença, 1, 2

segunda opinião, 1, 2-3

seguro, 1, 2, 3, 4, 5

Seroquel, 1, 2, 3

serpentes, 1

Sex, Lies, and Pharmaceuticals (Moynihan), 1

sexualidade, excessiva, 1-2

síndrome do risco de psicose (SRP), 1-2, 3-4

síndrome dos sintomas psicóticos atenuados, 1, 2

sintomas:

- notas em diário de, 1

- transitórios, 1

sistema escolar, e serviços especiais, 1, 2, 3-4, 5-6

sistema numérico, arábico, 1

sobretreatmento, 1, 2-3

sobrevivência, 1

sociologia, conceitos do “normal” em, 1-2

Sofrimentos do jovem Werther, Os (Goethe), 1-2

Sperry, Roger, 1

Spitzer, Robert, 1, 2-3, 4-5, 6, 7

sugestibilidade, 1-2

suicídio, 1, 2

- aglomerados, 1-2

- a história de Peter, 1-2

- e luto, 1-2

- em massa, 1
- missão de grupo (camicase), 1
- por imitação, 1
- protesto, 1
- e TEPT, 1

Suprema Corte norte-americana, sobre o estupro, 1-2

Susan, a história de (transtorno bipolar em adultos), 1-2

Susan, a história de (transtorno do pânico e agorafobia), 1-2

Sybil (filme), 1

Sydenham, Thomas, 1-2, 3, 4

T

tabela periódica dos elementos, 1

Talmude, 1

tarantismo, 1-2

taxonomia, 1

Taxonomia, Idade da, 1

TDAH:

- adulto, 1-2

- falsa epidemia de, 1, 2, 3, 4, 5-6

- fármacos para TDAH, lucratividade dos, 1

- a história de Cleo, 1-2

- a história de Liz, 1-2

temperamento, 1-2

templos, cura, 1-2

tempo, como curativo, 1-2, 3, 4, 5, 6

tentação, 1

teoria da personalidade, 1-2

teoria do caos, 1

teoria humoral, 1-2, 3, 4-5, 6-7

terapeutas ocupacionais, como diagnosticadores, 1

terapia cognitiva, 1

terapia comportamental dialética (TCD), 1

terapia comportamental, 1

- teste diagnóstico, 1
- testes de Q.I., 1-2
- testes psicológicos, 1
- Thorazine, 1, 2, 3
- timidez, 1-2
- Todd, a história de, autismo, 1-2
- tortura, 1-2, 3
- transferência, 1
- transtorno bipolar:
 - adulto, 1, 2, 3
 - esquizofrenia *versus*, 1, 2, 3
 - falsa epidemia de, 1, 2, 3, 4-5
 - a história de Bill, 1-2
 - a história de Liz, 1-2
 - a história de Susan, 1-2
 - infantil, 1, 2-3, 4, 5, 6
 - tratamento de, 1
- transtorno bipolar em adultos:
 - falsa epidemia de, 1, 2, 3
 - a história de Susan, 1-2
- transtorno bipolar infantil:
 - falsa epidemia de, 1, 2, 3-4, 5, 6, 7
 - a história de Liz, 1-2
- transtorno bipolar tipo II, 1, 2-3
- transtorno da ansiedade social, 1
- transtorno da compulsão alimentar (TCA), 1, 2, 3-4
- transtorno de ansiedade, 1
- transtorno de conversão/histeria, 1-2
- transtorno de humor, 1
- transtorno de múltiplas personalidades, 1, 2, 3-4
- transtorno de personalidade limítrofe, a história de Brandy, 1-2
- transtorno de personalidade masoquista, 1
- transtorno depressivo maior (TDM), 1, 2-3, 4-5
- transtorno disruptivo da desregulação do humor (TDDH), 212-14

transtorno do déficit de atenção:

- critérios para, 1

- falsa epidemia de, 1, 2, 3, 4-5, 6, 7, 8-9

- ver também* TDAH

transtorno do déficit de atenção em adultos, 1, 2-3

transtorno do estresse pós-traumático (TEPT), 1-2

transtorno do pânico, a história de Susan, 1-2

transtorno do temperamento irregular, 1, 2

transtorno esquizoafetivo, a história de Brooks, 1-2

transtorno misto de ansiedade e depressão (TMAD), 1, 2-3

transtorno neurocognitivo leve (TNL), 1, 2-3

transtorno obsessivo-compulsivo, a história de Adam, 1-2

transtorno somatoforme, 1-2

transtorno unipolar, 1-2

transtornos mentais:

- causas dos, 1

- classificação de, 1

- conjuntos de critérios de, 1-2

- e o Corão, 1

- e criminosos, 1

- e desemprego, 1

- desequilíbrio químico em, 1, 2

- diagnóstico ideal de, 1

- doença médica mal rotulada como, 1-2

- estigma dos, 1-2

- identificação errada de, 1

- impacto do álcool e das drogas sobre, 1, 2

- natureza dos, 1-2, 3

- normal *versus*, 1, 2, 3

- rotulação de, 1

trauma, TEPT, 1-2

Três máscaras de Eva, As (filme), 1

Trevas, Idade das, 1

tristeza, 1-2, 3-4, 5

melancolia, 1-2

transtorno esquizoafetivo, 1-2

Tucídides, 1

U

Unabomber, 1

utilitarismo, 1

V

validade, 1

Valium, 1-2, 3, 4

variações de humor, 1-2, 3-4

a história de Bill, 1-2

Viagra, 1-2

Voltaire, 1

voltar ao normal, uso do termo, 1

vozes, ouvir, 1-2

W

Werther, efeito, 1-2

Westheimer, Ruth, 1

Williams, Janet, 1

Wykes, Til, 1

X

xamã, 1-2, 3, 4

Xanax, 1, 2, 3

Z

Zoloft, 1, 2

Zyprexa, 1

CIP-BRASIL. CATALOGAÇÃO-NA-FONTE
SINDICATO NACIONAL DOS EDITORES DE LIVROS, RJ

F885v

Frances, Allen, 1942-

Voltando ao normal : como o excesso de diagnósticos e a medicalização da vida estão acabando com a nossa sanidade e o que pode ser feito para retomarmos o controle / Allen Frances ; tradução Heitor M. Corrêa. - 1. ed. - Rio de Janeiro : Versal, 2016.

368 p. ; 23 cm.

Tradução de: Saving normal: an insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, dsm-5, big pharma, and the medicalization of ordinary life

Inclui bibliografia e índice

ISBN 978-85-89309-77-6

1. Psiquiatria. 2. Indústria farmacêutica. I. Corrêa, Heitor M. II. Título.

16-32748

CDD: 616.89

CDU: 616.89

copyright © Allen Frances, 2013

PRODUÇÃO EDITORIAL Fernanda Cosenza

TRADUÇÃO Heitor M. Corrêa

REVISÃO Guilherme Semionato e Isabella Pacheco

REVISÃO DO ÍNDICE Gabriella Russano

PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO Bettina Muzzio

CAPA Luiza Chamma

FOTO DE CAPA Oleksii Fedorenko/Shutterstock.com

[2016] Todos os direitos desta edição reservados à
VERSAL EDITORES LTDA.

Rua Jardim Botânico, 674 - sala 315

22461-000 - Rio de Janeiro RJ

Tel.: +55 21 2239-4023

versaeditores.com.br

Edição digital: junho 2017

Arquivo ePub produzido pela **Simplíssimo Livros**
